



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

Cuidados de enfermagem especializados

ao doente transplantado pulmonar:

transições e qualidade de vida

Joana Rodrigues Pinto e Silva

2013

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

Cuidados de enfermagem especializados

ao doente transplantado pulmonar:

transições e qualidade de vida

Joana Rodrigues Pinto e Silva

Sob orientação tutorial da Professora Cândida Durão

2013

**Conhecer não é demonstrar nem explicar:
é aceder à visão.**
(Saint-Exupéry)

AGRADECIMENTOS

As minhas palavras de agradecimento vão para todos os que se cruzaram comigo neste caminho...!

Aos que se cruzam diariamente no local onde exerço funções e que cuidam da pessoa transplantada pulmonar com grande profissionalismo.

Aos que se cruzaram nas visitas de campo que fiz em Portugal e em Espanha, essenciais no acompanhamento à pessoa transplantada pulmonar.

Aos que se cruzaram pelos locais de estágio por onde passei e que cuidam do doente crítico com grande competência.

Aos que aceitaram o desafio de participar e apoiar a realização do I *Workshop* de Transplantação Pulmonar, pois este foi um momento de partilha e aprendizagem tendo como foco a melhoria dos cuidados que são prestados à pessoa transplantada pulmonar e à sua família.

À professora Cândida Durão, pela orientação num projeto inovador, pelo apoio face às muitas horas de estágio, pelos ensinamentos enquanto profissional e acima de tudo por acreditar numa Enfermagem cada vez mais suportada na evidência.

À minha família e amigos pelo apoio e compreensão pelos dias em que estive ausente!

A todos, o meu muito Obrigado!

RESUMO

A transplantação constitui uma alternativa cirúrgica, em alguns casos a única alternativa, para que pessoas com doenças terminais refratárias ao tratamento médico possam sobreviver. O transplante pulmonar não é exceção, este destina-se a doentes pulmonares em fase terminal, com severa limitação funcional, sem outras alternativas terapêuticas (Camargo, 2003).

Antes ou depois do transplante pulmonar, a pessoa com pneumopatia tem uma ligação estreita aos cuidados de saúde, quer através das consultas de rotina da especialidade, quer recorrendo ao SU sempre que há exacerbação da sua doença, quer nos internamentos mais ou menos prolongados em serviços direcionados ao doente do foro respiratório.

O envolvimento do enfermeiro no processo de doença desta pessoa e da sua família é uma constante, em qualquer um dos percursos possíveis. A perspetiva de cuidado tendo por base a teoria das transições de Meleis (2010), permitiu-me enquanto enfermeira, uma abordagem mais completa do fenómeno em questão – o transplante pulmonar. Procurei ainda, dar sentido ao significado de melhoria que a pessoa perceciona, analisando os níveis de ajustamento e a qualidade de vida alcançada após a transplantação em comparação com o período pré-transplante.

Com o objetivo de desenvolver competências de enfermagem especializadas perante a pessoa com pneumopatia e sua família, realizei pequenos períodos de estágio nos contextos de urgência e cuidados intensivos que me permitiram intervir ativamente junto da pessoa em situação crítica e a sua família, a vivenciarem diferentes transições, tendo em vista, não só a melhoria dos cuidados prestados a estas pessoas/famílias bem como a melhoria da sua qualidade de vida, quando acontece o transplante pulmonar.

O presente documento pretende dar visibilidade a um percurso efetuado em diferentes locais de estágio, previamente definidos num projeto individual. Dou forma a este relatório de estágio viajando pelas experiências vivenciadas nos diferentes contextos, refletindo sobre as atividades realizadas, analisando as competências desenvolvidas tendo por base os objetivos gerais e específicos que me guiaram em cada experiência clínica.

Palavras-chave: enfermagem, pneumopatia, transplante pulmonar, transição e qualidade de vida.

ABSTRACT

Transplantation remains often the sole option for people with refractory terminal disease. Pulmonary transplantation is no exception, remaining the first choice for terminal patients with pulmonary disease, severe functional impairment, or with no therapeutic alternative (Camargo, 2003).

The patient with pneumopathy has a close link with the clinical care services, either prior to and/or following pulmonary transplantation, in the form of specialist appointments, admissions to Emergency Room, in the case of acute symptoms, or via general admission to the pulmonary services, which occurs on a temporary or more extended basis, depending on the severity of the episodes.

Nursing care to the person and his family is critical and constant, irrespective of the admission route. The approach to nursing care, based on Meleis's Transitions Theory (2010), has enabled me, as a nurse, to approach the clinical challenges faced in pulmonary transplantation, in a more consistent and integrated manner. At the same time and, in order to give a meaning to the significance of the improvement that the person perceives, were analysed the levels of adjustment and quality of life achieved after transplantation as compared with the pre-transplant.

Aiming to improve specialised nursing care practices to the person with pneumopathy and his family, I have conducted small internships in emergency and critical care services, which have allowed me to intervene promptly and effectively, supporting the critical patient and his family, living different transitions, and aiming to improve nursing care and quality of life at the time of pulmonary transplantation.

This report describes my trajectory during the several internships that I have conducted and which were previously defined as a single project. It has been written as a record of my experiences in the different departments, in several clinical environments, summarising the activities conducted and focusing on the skills that I have developed, directed by the initial general and specific objectives of my clinical training.

Keywords: nursing, pneumopathy, lung transplantation, transition and quality of life.

SIGLAS E ABREVIATURAS

CDC- Centers for Disease Control and Prevention

DGS- Direcção-Geral de Saúde

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EORTC – European Organization for Research and Treatment of Cancer

EPS- Educação Para a Saúde

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HRQOL – Health-Related Quality of Life

ISHLT- International Society for Heart and Lung Transplantation

OMS- Organização Mundial de Saúde

PBE- Prática Baseada na Evidência

QOL – Quality of Life

RENDA – Registo Nacional de Não Dadores

SABA- Solução Antisséptica de Base Alcoólica

SF-36 – Short Form 36 (Medical Outcome)

SO- Serviço de Observação

SU- Serviço de Urgência

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UCIR- Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios

VNI- Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. PESSOA TRANSPLANTADA PULMONAR: TRANSIÇÕES E QUALIDADE DE VIDA	13
1.1. A vida antes do transplante	14
1.2. A vida depois da vida	19
1.3. Transplantado pulmonar e qualidade de vida	24
2. PESSOA COM PNEUMOPATIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	30
3. PESSOA COM PNEUMOPATIA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS...	41
3.1. Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios.....	41
3.2. Unidade de Cuidados Intensivos Cirurgia Cardiorácica	47
CONCLUSÃO	52
BIBLIOGRAFIA	56
APÊNDICE I - Cronograma do estágio	62
APÊNDICE II - Objetivos e atividades a desenvolver em contexto de estágio no SU	64
APÊNDICE III – Jornal de aprendizagem:prática reflexiva e ciclo de Gibbs em contexto de estágio	67
APÊNDICE IV – Plano de sessão de sensibilização: Cuidados de enfermagem ao doente com drenagem torácica.....	72
APÊNDICE V – Sessão de sensibilização: Cuidados de enfermagem ao doente com drenagem torácica	74
APÊNDICE VI – Cartaz: Cuidados de enfermagem ao doente com drenagem torácica	81
APÊNDICE VII – Plano de sessão de sensibilização - Higienização das mãos melhoria de um indicador de qualidade de cuidados de enfermagem	83
APÊNDICE VIII – Sessão de sensibilização – Higienização das mãos: melhoria de um indicador de qualidade de cuidados de enfermagem.....	85
APÊNDICE IX – Objetivos e atividades a desenvolver em contexto de estágio na UCIR	99
APÊNDICE X – Cuidados de enfermagem especializados ao doente e família com DPOC: Um estudo de caso.....	102

APENDICE XI – Objetivo e atividades a desenvolver em contexto de estágio na UCI	
Cirurgia Cardiorácica	110
APÊNDICE XII – Diagnóstico de necessidades de formação da UCI Cirurgia	
Cardiorácica.....	113
APÊNDICE XIII – Plano de sessão de sensibilização - Transplante pulmonar:	
cuidados de enfermagem.....	119
APÊNDICE XIV – Sessão de sensibilização – Transplante pulmonar: cuidados de	
enfermagem.....	121
APÊNDICE XV – Programa do <i>workshop</i> de transplantação pulmonar	134
APÊNDICE XVI – Questionário de avaliação do <i>workshop</i> de transplantação	
pulmonar	137
APÊNDICE XVII – Resultados dos questionários de avaliação do <i>workshop</i> de	
transplantação pulmonar.....	140
ANEXO I – Protocolo geral de transplantação pulmonar	143
ANEXO II – <i>Email</i> enviado por um doente transplantado pulmonar à enfermeira da	
consulta de enfermagem.....	178
ANEXO III – Folha de registo de enfermagem na Unidade de Reeducação Funcional	
Respiratória.....	180
ANEXO IV – Autorização para realização do <i>workshop</i> de transplantação	
pulmonar	183
ANEXO V – Preleção de Edite Tavares no âmbito da mesa ‘Qualidade de vida e	
transplante pulmonar’ com o tema: Transplantação pulmonar: Como se sobrevive	
a uma morte anunciada?	185

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde português atravessa, atualmente, uma grande reestruturação apoiada em fundamentos de índole técnica, tecnológica, política e cada vez mais centrada nos custos, aspetos que podem favorecer a tão indesejada desumanização dos cuidados de saúde.

Em Portugal, a profissão e a disciplina de Enfermagem refletem avanços significativos em áreas como a prática profissional regulamentada, bem como a formação com pós-graduações, mestrados e doutoramentos. Face à manutenção de uma intervenção muito baseada no modelo biomédico, que tem como foco os sinais, os sintomas e os aspetos fisiopatológicos, que também constituem parte da intervenção de enfermagem, não obstante o trabalho de equipa e os diferentes modelos de intervenção, torna-se imperativo, um esforço consciente no sentido de preservar a humanização dos cuidados a nível clínico, administrativo, da educação e da investigação.

Os referenciais teóricos de Enfermagem ajudam a garantir a qualidade dos cuidados, uma vez que promovem a sua identidade profissional, como ciência, com um corpo de conhecimentos autónomo.

Já passaram mais de 150 anos desde a primeira publicação de *Notes on Nursing*¹ e já Florence Nightingale, de forma precursora, se questionava sobre a razão de ser das coisas (Munro, 2010). Conceitos como a monitorização do doente crítico ou o controle de infeção, sendo na altura inovadores, permanecem atuais e relevantes, para a prática de cuidados de enfermagem em contextos como os da enfermagem em cuidados críticos.

O Curso de Mestrado em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica visa o desenvolvimento de competências para a prática de enfermagem avançada à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Tendo como referencial os Descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação (Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março), o plano de estudos do deste curso de mestrado, as competências comuns (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro) e específicas (Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro) do enfermeiro

¹ '*Notes on Nursing*' - 'Notas sobre Enfermagem', 1º Livro de Florence Nightingale, publicado em 1859.

especialista na área da pessoa em situação crítica, regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros, dou forma a este relatório de estágio que visa revelar um percurso de aquisição e desenvolvimento de competências.

No sentido de sustentar as competências a adquirir, a desenvolver ou a aperfeiçoar estabeleci como objetivo geral para este estágio, aprofundar competências de enfermagem especializadas na área do doente crítico com doença pulmonar, em contextos de Cuidados Intensivos e Urgência.

O percurso de aquisição de competências ao longo do estágio teve por base o Modelo de Dreyfus aplicado à enfermagem por Patrícia Benner (2001). Assumindo que os enfermeiros procuram, cada vez mais, apresentar com clareza o que os cuidados de enfermagem são exatamente, diferenciando-os dos cuidados estritamente biomédicos e tecnicistas, não deixando de os considerar como componentes essenciais do desenvolvimento de competências profissionais, tanto no domínio interdependente como no domínio autónomo ou independente, para que, se progrida de principiante, a principiante avançado, a competente e depois de proficiente até ao nível de perito (Benner, 2001).

Na base do desenvolvimento de competências está a experiência profissional, o conhecimento prático que é adquirido ao longo do tempo em que se experienciam situações reais, uma vez que *“a teoria oferece o que pode ser explicado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria”* (Benner, 2001, p.61).

Nesta perspetiva, e tendo em conta o meu gosto pessoal e profissional, todo o trabalho desenvolvido no decorrer do estágio teve como objetivo o desenvolvimento a nível de proficiente/perito, tendo por base a minha experiência profissional, permitindo-me assim desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa submetida a transplante pulmonar e sua família.

O transplante pulmonar constitui uma opção terapêutica para o tratamento de doentes portadores de doença pulmonar, avançada ou terminal, refratária a outras modalidades de tratamento (Wood & Raghu, 1996; Studer, Levy, McNeil & Orens, 2004; D’Império, 2006).

Perante a sua doença crónica, o doente e família passam a integrar um programa de transplante pulmonar que depende de uma infraestrutura suportada por um atendimento multidisciplinar (Camargo, 2003). Médicos (pneumologistas,

cirurgiões, anestesistas), psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, dietistas e enfermeiros passam a fazer parte do seu acompanhamento.

O trabalho em equipa exige não só a colaboração, mas sobretudo interação e negociação entre os seus membros, no sentido de uma interdisciplinaridade pensada e executada na práxis de saúde e no cuidado ao ser humano (Neves, 2012).

Compreender como é feito esse acompanhamento, antes e depois do transplante e de que forma pode o enfermeiro, contribuir para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas e das suas famílias, bem como ser facilitador das transições que experienciam, foram os objetivos que me orientaram ao longo deste percurso de aquisição de competências.

O art.º 82º do Código Deontológico do Enfermeiro diz-nos que o enfermeiro *“no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital assume o dever de (...) participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida”* (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.97).

Quando se fala em qualidade de vida no caminho da transplantação pulmonar importa analisar a qualidade de vida e os níveis de ajustamento conseguido após a transplantação comparando-os com o período pré-transplante.

A transplantação “é um processo e não um acontecimento. É um processo que continua ao longo de toda a vida do recetor. Apesar da ênfase que se coloca no ato cirúrgico, é o que o precede e o que se lhe segue que é, para os pacientes e para aqueles que o rodeiam, o permanente foco de atenção” (Bunzel, 1992 citado por Tavares, 2004, p.765).

A teoria de médio alcance proposta por Meleis faculta uma estrutura que permite sistematizar, descrever, compreender, interpretar e explicar fenómenos específicos da enfermagem que emergem da prática (Im & Meleis, 1999). Assenta na conceção de transição que nos remete para mudanças, no estado de saúde, nos papéis sociais desempenhados, nas expectativas de vida, nas habilidades socioculturais, ou mesmo na capacidade de gerir as respostas humanas (Meleis *et al*, 2000).

O conceito de transição é consistente com uma filosofia de cuidados holística e com papel central na prática da enfermagem. Pensar na pessoa e nas suas transições dá-nos um reflexo da sua continuidade no tempo e nas suas várias dimensões. Encarando a transição como um processo, o objetivo será antecipar os

momentos em que a saúde da pessoa está mais vulnerável, para que sejam dirigidos esforços no sentido de estabelecer e reforçar as suas defesas.

O enfermeiro enquanto cuidador da pessoa/família que vivenciam os processos de transição, torna-se corresponsável pelo conhecimento das mudanças e exigências que as transições provocam na sua vida quotidiana.

A prática de enfermagem baseada no modelo transicional estabelece como meta que a pessoa se encontre não só mais confortável e mais capaz de lidar com os seus problemas num momento/acontecimento específico, mas também melhor preparado para se proteger e promover em situações futuras, podendo esperar processos de transição saudáveis (Meleis, 2010).

Preponderante, para a realização do projeto de estágio, no decorrer do estágio, e agora nesta fase final de elaboração do relatório, foi sem dúvida, a realização de uma revisão da literatura, *“um inventário e um exame crítico do conjunto das publicações tendo relação com um tema de estudo”* (Fortin, 2000, p.87). A revisão da literatura foi suportada por uma pesquisa de estudos de investigação, face à evidência disponível. A Prática Baseada na Evidência (PBE) permite ao enfermeiro, *“o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual para a tomada de decisão sobre o cuidar individual do paciente”* (Atallah & Castro, 1998, citado por Domenico & Ide, 2003, p.116). Torna-se por isso essencial, *“que todos os enfermeiros procurem a evidência e a apliquem na sua prática quotidiana, com uma proporção crescente de participação ativa em investigação”* (Craig & Smyth, 2004, p.3-4).

Estruturalmente, começo por fazer um breve enquadramento teórico resultante da revisão narrativa efetuada sobre o transplante pulmonar, interpondo-a com o referencial teórico. Incluo a minha experiência profissional enquanto enfermeira que cuida desta pessoa e família, bem como as vivências resultantes das visitas feitas a serviços de referência. Reflito sobre o papel do enfermeiro ao longo do ciclo de vida da pessoa com pneumopatia e sua família, na melhoria da sua qualidade de vida, suportando-o na teoria de Médio Alcance de Afaf Meleis. No final, apresento uma reflexão crítica sobre a prática diária em contexto de estágio, as atividades desenvolvidas, as competências que acrescentei ao meu portfólio, o que gostaria que tivesse sido diferente e as aprendizagens que fiz enquanto enfermeira e enquanto pessoa. Concluo o relatório com algumas considerações finais.

1. PESSOA TRANSPLANTADA PULMONAR: TRANSIÇÕES E QUALIDADE DE VIDA

A transplantação consiste “*na substituição parcial ou total de um órgão doente (recetor) por outro órgão igual, mas são, retirado de outro indivíduo (dador)*” (Nunes & Luz, 1998, p.18).

O transplante de órgãos pressupõe um conjunto de direitos fundamentais que estão legislados. Em Portugal, desde 22 de Abril de 1993, a Lei 12/93 regulamenta a Colheita e Transplante de Órgãos e Tecidos de Origem Humana e pronuncia-se sobre a colheita, a informação, a confidencialidade e o registo na base de dados nacional RENNDA (Registo Nacional de Não Dadores) que garante a qualquer indivíduo, o direito de oposição à dádiva de órgãos. Também o Parlamento Europeu e o Conselho da União Europeia suportam a transplantação (Directiva 2004/23/CE de 31 de Março) e salvaguardam os enormes benefícios da transplantação de órgãos para centenas de milhares de doentes com insuficiência terminal pulmonar (Directiva 2010/45/UE de 7 de Julho).

O transplante pulmonar está indicado para pessoas com doenças pulmonares em fase terminal, com limitação funcional grave, sem outras alternativas terapêuticas (Wood & Raghu, 1996; Studer *et al*, 2004; Espinosa *et al*, 2006; D’Império, 2006). As situações mais frequentes são os casos graves de fibrose quística, enfisema, fibrose pulmonar e hipertensão pulmonar (International Society for Heart and Lung Transplantation, 2012).

O primeiro transplante de pulmão foi feito em 1963, nos Estados Unidos pela equipa do Dr. James Hardy, numa era pré-ciclosporina enquanto imunossupressão. Nos 20 anos que se seguiram não foram muitas, nem bem-sucedidas, as tentativas de transplantar o pulmão. Com tantos insucessos, receava-se que o transplante de pulmão nunca se tornasse uma opção terapêutica viável (Orens & Garrity, 2009).

Os progressos conquistados desde a primeira cirurgia com sucesso, realizada por Cooper em 1983, têm modificado a expectativa de vida dos doentes transplantados de pulmão (Camargo, 2003).

A *International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT)* emite relatórios anuais, que atualizam dados como as características das pessoas submetidas a transplante pulmonar, bem como as suas taxas de sobrevivência. O

último relatório de 2012, diz-nos que durante o ano de 2010, mais de 3500 pessoas foram transplantadas em todo o mundo e estima uma taxa de sobrevivência para todos os doentes transplantados que ultrapassa os 80% no primeiro ano após o transplante e um pouco acima de 60% aos 3 anos pós transplante (Christie *et al*, 2012; ISHLT, 2012).

Fragata (2009, p.239) considera que *“a transplantação pulmonar é uma atividade em expansão, estimando-se que dois a três habitantes por milhão de população precisem de um transplante pulmonar”*.

Também em Portugal, para dar resposta a estas situações, no ano de 2001, foi realizado no Hospital de Santa Marta o primeiro transplante pulmonar. Em 1996, havia acontecido, no mesmo hospital, o primeiro transplante cardio-pulmonar, que devido à sua complexidade, caiu em desuso (Tavares, 2003).

Atualmente, a pessoa com pneumopatia terminal chega ao hospital encaminhado pelo médico de família ou pelo pneumologista assistente. Inicia-se um processo de acompanhamento médico e de enfermagem a esta pessoa com insuficiência respiratória avançada. A avaliação feita inclui os aspetos clínicos, o estado psicológico, o apoio familiar e social da pessoa enquanto aguarda o tratamento cirúrgico. Independentemente de, entrar ou não, de imediato em lista de espera para transplante pulmonar, aquela pessoa fica para sempre em contacto com o hospital através de consultas periódicas.

Veremos que há particularidades que caracterizam a pessoa com insuficiência respiratória, sendo inúmeras as necessidades e preocupações dos doentes e das suas famílias antes e depois do transplante pulmonar, vivenciando por isso, múltiplos processos de transição. Compete ao enfermeiro apreender essas particularidades e ser facilitador das transições por que atravessam ao longo do ciclo vital, sempre tendo em vista a melhoria da sua qualidade de vida futura.

1.1. A vida antes do transplante

“Somos uma espécie de zombies... como que próximos da morte. Parece-me que somos a morte viva... alguém que devia estar morto mas não está.”

(Tavares, 2004, p.766)

A existência de uma doença terminal associada à necessidade de realização de um transplante, como única forma de sobrevivência, traz ao doente e à sua família momentos de grande angústia. Relatam o momento como um dos mais

esmagadores da sua história de vida. No estudo realizado por Jalowiec *et al* (1994) e de acordo com a opinião de 175 pessoas transplantadas, no período pré transplante, o conhecimento da necessidade da sua realização é considerado como o principal e o maior momento de *stress*.

A vida antes do transplante é “*caracterizada por uma constante sensação física de estar doente*” (Tavares, 2004, p.765). São frequentes os contatos com os profissionais de saúde e o hospital, com o intuito de ser mantida a melhor condição possível da pessoa, prevenindo a sua deterioração ou morte. Variáveis como a constante ameaça de morte e a incerteza do prognóstico de vida são, para estes doentes, grandes desafios (Tavares, 2004). Na generalidade, a pessoa com insuficiência respiratória avançada vive o seu dia-a-dia dependente de oxigenoterapia para as tarefas mais básicas, de medicação essencial para contornar as dificuldades da patologia e da ajuda de alguém, fundamental, para as suas atividades da vida diária.

Neste contexto, a pessoa é definida como ser ativo com perceções decorrentes do processo de saúde/doença e às quais atribui significados diretamente relacionados com fatores pessoais como o sentido atribuído, os aspetos culturais, o estatuto económico, a preparação e o conhecimento, bem como as condições comunitárias e sociais (Meleis *et al*, 2000).

Enquanto enfermeira, procurei responder à questão: como é feito o acompanhamento à pessoa com insuficiência respiratória refratária ao tratamento médico antes do tratamento cirúrgico? Para além da revisão da literatura, para responder à pergunta formulada, procurei visitar um serviço de Pneumologia de um hospital da região da grande Lisboa, acompanhando enfermeiros e médicos responsáveis por estes doentes, e da mesma forma, numa visita a um Hospital Universitário de Madrid, acompanhei as enfermeiras coordenadoras da transplantação que, através de algumas conversas informais, me deram a conhecer o seu ponto de vista face à problemática na realidade espanhola.

A pessoa com pneumopatia é referenciada para o centro de transplantação pulmonar pelo seu médico de família ou pneumologista de referência. Após a avaliação clínica e uma série de exames complementares de diagnóstico, a pessoa tem ou não critérios para integrar a lista de espera.

A equipa multidisciplinar deve reunir-se para discutir a história do doente e em consenso, decidir inclui-lo ou não, na lista de espera (Lanuza & McCabe, 2001).

Relativamente à inclusão do doente em lista de espera encontrei algumas diferenças nas realidades que visitei.

Foi importante perceber que no hospital de Madrid, que a equipa multidisciplinar de transplantação pulmonar reunia todas as quintas-feiras. Cirurgiões, pneumologistas, fisiatra, psicóloga, assistente social, enfermeira coordenadora de transplante e enfermeira da consulta do doente transplantado, discutiam novos casos. É notório o trabalho de equipa. Cada um dos profissionais tem um olhar particular sobre a situação apresentada e contribui com sugestões que valorizam a situação do doente e da família face ao transplante. Aspetos como os critérios médicos e cirúrgicos são considerados tão essenciais como as capacidades físicas e emocionais, ou as redes de apoio familiar e social, no meio que envolve a pessoa que entra em lista para transplante pulmonar. Da minha prática, recordo alguns casos em que, devido a uma avaliação psicossocial inexistente, ficou comprometida não só a componente funcional como ficou inviabilizada a adaptação e responsabilização da pessoa como parte integrante do seu tratamento cirúrgico. Participar nesta reunião permitiu-me considerá-la uma grande mais-valia para o doente e família, pois ao ser interdisciplinar potencia a visão holística defendida.

Na nossa realidade, são os pneumologistas responsáveis juntamente com a equipa de cirurgiões, quem decide incluir ou não, o doente na lista de espera, mediante um protocolo de referenciação².

Durante o meu percurso, participei nas consultas realizadas à pessoa referenciada para transplante pulmonar. Sublinho dessas consultas a ansiedade que assombra quer o doente, quer o familiar que o acompanha. O doente e a sua família vêm, muitas vezes nesta referenciação, a solução de todos os seus problemas! A esperança que lhes cobre o olhar é arrepiante! E se muitas vezes, o protocolo é seguido e os doentes têm critérios para entrada imediata na lista de espera para transplante pulmonar, outras há, em que a pessoa com insuficiência respiratória não cumpre critérios para o tratamento cirúrgico e a exigência emocional é elevada! Doentes com outras comorbilidades voltam para casa sem a resposta positiva que ansiavam, retomando às consultas passados 6 meses.

Verifiquei durante esse período, a preocupação por um grupo de pessoas que são mal referenciados pelos médicos assistentes, face a critérios bem definidos e do

² ANEXO I – Protocolo Geral de Transplantação Pulmonar

conhecimento público. Havendo apenas um único centro no país, há pessoas a deslocarem-se até lá, a percorrer um longo caminho, para a consulta de referência para transplante pulmonar, sem serem portadores de critérios de admissão. Para diminuir estes números, talvez a solução passe por aumentar a sensibilização junto dos referenciadores destes doentes, utilizando como veículo de mudança, por exemplo, a Sociedade Portuguesa de Pneumologia, a Ordem dos Enfermeiros...

Por outro lado, a partir do momento, em que há a entrada para a lista de espera, o doente e a sua família enfrentam uma etapa também muito exigente. Há o primeiro contacto daquele doente/família com o enfermeiro de referência perante um momento de grande angústia e ansiedade. Na interação com a enfermeira responsável da Pneumologia aquando da visita ao serviço, percebi que existe um programa que suporta a atuação do enfermeiro que cuida destes doentes e das suas famílias. O enfermeiro informa o doente e família sobre os cuidados a ter até ao transplante, o que fazer se for chamado para cirurgia, o percurso a percorrer no hospital, apresenta o serviço, disponibiliza-se para uma visita à Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) onde irá passar muito do seu pós-operatório e alerta para o tempo médio de duração da cirurgia. No final, é lembrado ao doente a importância da adesão terapêutica de uma medicação que é para toda a vida e que sem ela, o tratamento cirúrgico torna-se ineficaz.

Pombo & Guerreiro (2006, p.42) explicam que *“é durante este internamento que os enfermeiros desenvolvem relações de proximidade com o doente e família, é neste período que se inicia o ensino sobre o que deverá ser continuado após o transplante, implicando o doente e a família”*. Consideram que esta é a melhor fase, para a receção da informação acerca dos cuidados a ter após o transplante.

O doente em lista de espera é encorajado a manter uma condição nutricional ótima, bem como a realizar atividade física respeitando as suas limitações. Lanuza & McCabe (2001) adicionam à manutenção do estado nutricional e da atividade física, sessões de educação para a saúde (EPS) direcionadas ao doente a família, individuais e em grupo. Ao contrário da realidade Norte-Americana descrita, tanto em Madrid como em Lisboa estas sessões não existem na fase pré-transplante pulmonar.

No primeiro contacto com o doente, o enfermeiro de referência alerta-o para o stress e angústia de aguardar transplante pois *“uma vez na lista de espera, os*

pacientes podem ser chamados para cirurgia a qualquer hora do dia ou da noite, dada a imprevisibilidade inerente à disponibilidade de órgãos” (Tavares, 2004, p.766). Podem ainda, ser chamados várias vezes, sem que haja efetivamente compatibilidade e se faça o transplante.

A verdade é que “*o período de espera, não só afeta aquele que aguarda mas também todos os que fazem parte do seu tecido social, familiares, amigos, vizinhos, colegas de trabalho*” (Tavares, 2004, p.766) sendo por isso essencial, do meu ponto de vista, o apoio a estas pessoas significativas. A doença representa um processo de crise intensa para o indivíduo e para a sua rede familiar e social. Em conjunto, enfrentam um ajustamento emocional inevitável entre o que realmente vivem e o que gostariam de viver, obrigando a exigentes adaptações. Os papéis sociais do indivíduo são muito restritos. O núcleo familiar poderá ver o seu equilíbrio alterado (Tavares, 2004).

Estando presente a possibilidade de haver transplante pulmonar, em casa do candidato o telefone toca. Da equipa de transplantação de um Hospital, é o enfermeiro coordenador pela transplantação que assegura o transporte até ao hospital acolhe o doente e família, procura perceber as suas principais necessidades, os conduz ao serviço de Pneumologia e os acompanha ao longo do tempo que irão aguardar pelo transplante, que pode ser mais ou menos longo.

Ao acompanhar a enfermeira coordenadora na admissão de um doente para transplante pude perceber que a sua intervenção é de extrema importância para aquela pessoa e família. Da minha experiência, confirmo que não são raras as vezes que o doente pede para falar com o enfermeiro coordenador no pós-operatório imediato. Foi o primeiro enfermeiro com quem falou num período de grande ansiedade como o da chegada ao Hospital, foi com ele que estabeleceu um vínculo, foi com ele que se iniciou uma relação de ajuda.

Curiosamente, quando questionada sobre a importância do seu papel na coordenação dos transplantes perante as pessoas que aguardam transplante pulmonar, a enfermeira espanhola conta que, mesmo sem evidência científica, a percepção dos profissionais que trabalham consigo é a de que, a partir do momento que foi introduzida no acolhimento, a visita à UCI, diminuiram significativamente os tempos de ventilação no pós-operatório imediato dos doentes transplantados pulmonares. Se é verdade que para os mais curiosos, saber o que podem esperar sem surpresas pode ter um efeito calmante, para outros a antecipação de momentos

difíceis pode tornar-se num presente difícil de tolerar, acabando por comprometer o seu estado de saúde.

No final, não nos podemos esquecer que os candidatos a recetores de um órgão, não são apenas recetores de uma terapêutica cirúrgica. São antes de tudo pessoas que estão a viver esta espera com ansiedade, com medo mas também com uma grande expectativa de virem a ter uma vida com maior qualidade.

1.2. A vida depois da vida

“Fazer um transplante é nascer novamente sem ter morrido verdadeiramente”

(Tavares, 2004, p.765)

O período pós-operatório imediato é descrito por Tavares (2004) como um momento paradoxal, com grandes implicações emocionais. *“É um momento de grande desconforto físico, inerente à cirurgia, mas é ao mesmo tempo um momento de profunda emoção para a pessoa transplantada”* (Tavares, 2004, 767).

Exerço a minha atividade profissional numa UCI e lido diariamente com o doente transplantado pulmonar e a sua família no pós-operatório. A minha experiência clínica incide desde sempre (pouco mais de 9 anos) sobre a prestação de cuidados a doentes críticos numa UCI cirúrgica. Porém, no processo de aquisição e desenvolvimento de competências a experiência não se refere apenas à passagem do tempo, mas também à vivência e reflexão sobre as situações reais (Benner, 2001). Face aos níveis de perícia propostos por Benner (2001), considero estar ao nível de um enfermeiro proficiente. O enfermeiro proficiente percebe as situações de forma global e as suas ações são guiadas por princípios. O enfermeiro com este nível de competência aprende pela experiência, prevendo por um lado os acontecimentos típicos para uma determinada situação e, reconhecendo por outro, que o que é previsto pode não acontecer (Benner, 2001).

Definirmos o rumo a tomar exige uma reflexão crítica sobre a nossa prática diária, sobre aquilo que gostaríamos que fosse diferente, bem como aquilo que desejamos incluir no nosso projeto futuro. Perante isto, surgiu a questão: como podemos melhorar a intervenção de enfermagem no cuidar da pessoa transplantada pulmonar e sua família, no pós-operatório?

Cuidar do doente transplantado pulmonar é, para o enfermeiro, uma experiência intensa e extremamente desafiadora (Meyer *et al*, 1996). A intervenção da equipa de enfermagem no cuidar da pessoa submetida a transplante pulmonar,

no período pós-operatório imediato, é caracterizada por cuidados intensivos de alta complexidade, que exige dos profissionais o desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais para promover o cuidado individualizado e competente. Fragata (2009) sublinha a importância da monitorização contínua de um conjunto de parâmetros com a finalidade de prevenir ou despistar complicações que podem surgir no pós-operatório imediato

Na UCI o doente é monitorizado e “o primeiro objetivo é assegurar a estabilização hemodinâmica e respiratória” (Lopes, 2005, p.22). São preocupações do enfermeiro que cuida da pessoa transplantada pulmonar neste período, aspetos como a otimização da oxigenação e da ventilação, a vigilância do estado hemodinâmico, a manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico, a vigilância da função renal, a atenção sobre o drenado torácico, manutenção do suporte nutricional, o controlo da dor, o acolhimento das pessoas significativas e a continuidade de um programa de EPS.

Tomando como referência um evoluir clínico habitual, as primeiras 24 a 48 horas após a cirurgia, a pessoa transplantada está conectado ao ventilador. Apesar da constante presença do pneumologista e das *guidelines*³ estabelecidas, que suportam a nossa prática, a nossa experiência e intuição, enquanto enfermeiros, acabam por fazer evoluir de forma mais ou menos rápida o desmame do ventilador.

Benner (2001) suportada no Modelo de Dreyfus, defende que, com a experiência e o domínio, a competência transforma-se levando a uma melhoria na atuação do enfermeiro e nos cuidados que presta. Direcionei então, o meu percurso de melhoria e desenvolvimento de competências para a área da pessoa com pneumopatia submetido a ventilação invasiva.

Da minha passagem pela UCI Cirúrgica em Madrid, constatei que não há grandes diferenças no acompanhamento feito à pessoa transplantada. No entanto, a enfermeira especialista responsável pela reabilitação pulmonar na unidade, fez referência à utilização de VNI e das suas vantagens para estes doentes no período pós-extubação, bem como alguns equipamentos que auxiliam na reabilitação (como nebulizadores, espirómetros, ...), aspetos que tomei em linha de conta na viagem de regresso, face à utilidade que poderia ter na unidade onde exerço funções.

³ “*guidelines*”: diretrizes, protocolos.

Na visita a uma UCI Respiratórios, constatei que incluir esta unidade, na qualidade de unidade especializada em doentes com insuficiência respiratória como campo de estágio, me fortaleceria enquanto enfermeira e me traria grandes mais-valias no desenvolvimento de competências nesta área as quais abordarei à frente.

O internamento na UCI é desencadeador de *stress*, quer para o doente face a incerteza no futuro, quer para a família dado o ambiente extremamente tecnológico que a envolve (Meyer *et al*,1996). A intervenção de enfermagem direcionada para o doente passa também pela prestação de cuidados com recurso a medidas não-farmacológicas como a massagem, a música e a televisão, medidas essas que, ajudam a controlarem os níveis de *stress* existentes. É extremamente importante suportar a família neste momento de crise, atualizando a informação acerca do estado clínico do doente bem como clarificando qualquer dúvida.

Ao longo do ciclo vital existem acontecimentos e mudanças individuais e familiares, que Chick & Meleis (1986, p.237) definiram como transição, “*the passage or movement from one estate, condition or place to another*”⁴. A enfermagem baseada numa abordagem humanizada, científica, partilhada e holística, desempenha um papel ao longo de todo o ciclo vital da pessoa, o qual segundo Zagonel (1999, p.25) “*acontece dentro do ciclo de vida familiar que é o contexto primário do desenvolvimento humano*”.

Outra das áreas mais significativas do trabalho do enfermeiro neste pós-operatório é a EPS, que tem como objetivos ajudar a pessoa e família a compreender e a lidar com o seu estado de saúde, assim como, a assumir a responsabilidade no seu autocuidado.

Face a um diagnóstico de necessidades⁵ realizado aos enfermeiros que cuidam destes doentes no período pós-operatório, com sugestões de formação no âmbito da EPS, estabeleci como meta a realização de um Workshop de Transplantação Pulmonar⁶ direcionado aos enfermeiros e que respondesse a algumas dessas necessidades.

Idealmente “*os enfermeiros enquanto elementos catalisadores da mudança para a promoção da saúde e prevenção da doença deverão desenvolver os*

⁴ ‘*the passage or movement from one estate, condition or place to another*’- ‘a passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro’

⁵ APÊNDICE XII – Diagnóstico de necessidades da Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica

⁶ APÊNDICE XV – Programa do Workshop de Transplantação Pulmonar

cuidados a ter após o transplante, partindo das experiências de vida dos doentes” (Pombo & Guerreiro, 2006, p.42).

O doente que chega à UCI e faz aí o seu período pós-operatório, não conhece a equipa de enfermagem. Inicialmente a relação terapêutica é rica em informação que os enfermeiros vão ajudando a organizar dia após dia. Inicia-se uma relação de confiança e ajuda. Não podemos deixar de estar sensíveis aos contextos e às experiências de vida pois a informação só ganha sentido face à história cognitiva, afetiva e social de cada pessoa no seu percurso de vida.

Há muita informação que, para os doentes é mais fácil de aprender quando existe uma relação de confiança com os enfermeiros, durante este período de recuperação pós-operatória (Meyer *et al*, 1996).

A pessoa no decorrer da sua nova aprendizagem, face à sua história de vida, tem a capacidade de se questionar e conseqüentemente alterar atitudes e comportamentos que o faz sentir-se responsável pelas suas decisões. Por outro lado, pode ter mais dificuldade em adotar determinados comportamentos que os outros lhe tentam inculcar.

O doente precisa necessariamente de encontrar sentido para a adoção dos comportamentos que vão passar a fazer parte da sua rotina diária e assim se adaptar ao novo estilo de vida (Urden, Stacy & Lough, 2008).

Na visita a Madrid, tive oportunidade de acompanhar uma enfermeira no seu trabalho na *planta*⁷ de transplantação. O doente vai, assim que a sua condição clínica o permita, para uma enfermaria dedicada exclusivamente a pessoas transplantados. Esta transferência é, na maior parte dos casos, feita de forma mais precoce, quando comparada com a realizada no serviço homónimo de Lisboa. A EPS destes doentes começa regra geral, nessa enfermaria. Considero que podem existir vantagens na transferência do doente para esta enfermaria, uma vez que os profissionais de saúde estão extremamente sensíveis e preparados para responder às necessidades das pessoas transplantadas e das suas famílias. Por seu lado, os doentes passam, desde muito cedo, a conviver com outros doentes com as mesmas experiências e necessidades. O facto da educação do doente não começar na UCI, como acontece na realidade portuguesa pode ser menos positivo. No meu ponto de vista, é na unidade, quando a pessoa acorda da cirurgia, que com a introdução de

⁷ “*planta*”: enfermaria

novos medicamentos, e de cuidados especiais, como a utilização de máscara de proteção pelos profissionais e familiares, que surgem as primeiras dúvidas e com elas uma excelente oportunidade de iniciar a EPS à pessoa transplantada pulmonar.

O caminho até à alta faz-se, de uma forma geral, após duas ou três semanas após o transplante. Se o doente e família residirem longe do hospital, há um período de transição entre o hospital e o domicílio que é passado numa residência perto da instituição hospitalar. O doente tem alta do internamento mas vai, diariamente, ao hospital dar continuidade à sua reabilitação, o que acaba por lhe dar alguma confiança e segurança neste período de transição. Em Madrid, o procedimento é muito semelhante.

Tavares (2004, p.768) diz-nos que a saída do hospital é frequentemente associada a sentimentos ambivalentes, *“deseja-se o regresso a casa, a uma nova vida, mas é quase sempre inevitável a vivência de sentimentos de abandono”*. Abandonar o ambiente protetor oferecido pela presença constante de profissionais de saúde pode ser fonte de ansiedade tanto para o doente como para a família.

Passa a haver um acompanhamento por parte do enfermeiro da consulta externa em conjunto com o enfermeiro de referência da pessoa transplantada atribuído no momento da alta no serviço de Pneumologia do centro de transplantação pulmonar de Lisboa.

Em Madrid, o doente passa a ter exclusivamente a referência da enfermeira da consulta que procura apresentar-se e conhecer a pessoa pessoalmente, nos dias prévios à alta. É com ela que passam a ter sempre as consultas de acompanhamento, é com ela que passam a comunicar caso tenham dúvidas no domicílio⁸ e é com ela que partilham as suas vidas ao enviarem fotos de acontecimentos de vida marcantes e ao endereçarem postais dos locais onde passaram as últimas férias. Foi, sem dúvida, muito enriquecedor poder estar com esta enfermeira (perita) nestes momentos de partilha e perceber a importância de um acompanhamento de enfermagem tão efetivo. A enfermeira salvaguarda que é possível que o doente ou familiar, numa fase inicial, contacte a *planta*⁹, uma vez que, foi com os enfermeiros de lá que criaram laços e uma relação de confiança.

Face à sua nova situação de vida, os aspetos da vida de um indivíduo afetam-no, mais ou menos, dependendo da transição que ele experiencia, em maior ou

⁸ ANEXO II – Email enviado por um doente transplantado pulmonar à enfermeira da consulta de enfermagem.

⁹ “planta”: enfermagem

menor extensão e intensidade, podendo estes, variar ao longo do tempo. As transições podem estar ligadas a diferentes fases do ciclo vital (desenvolvimento), a eventos inesperados (situacionais), a experiências de doença (saúde/doença), às carreiras profissionais (organizacionais), todas elas sempre diretamente integradas no ambiente (Meleis, 2010).

A título de exemplo, muitos das pessoas submetidas a transplante pulmonar são doentes com diagnóstico de fibrose quística que por serem muito jovens, na maioria dos casos, atravessam transições de desenvolvimento com a passagem à idade adulta e saúde-doença com a adaptação à sua nova condição de transplantado. Nestes casos, as transições são múltiplas e simultâneas mas não se encontram relacionadas entre si. Assim, o adolescente deve adaptar-se aos novos papéis e expectativas de um jovem adulto bem como adaptar-se à nova vida enquanto transplantado pulmonar.

Nesta nova fase da sua vida, o doente/família enfrentam novos desafios, enfrentam mesmo a alteração dos seus hábitos de vida. A sua nova condição é a de uma pessoa com características muito próprias que, apesar de indivisível da sua doença, conseguirá ter melhor qualidade de vida.

1.3. Transplantado pulmonar e qualidade de vida

“Aquele que sobrevive é aquele que é biologicamente mais forte (...) mas é também e, sobretudo, aquele que abandona a crisálida de sobrevivente para mergulhar profundamente na vida”

(Tavares, 2004, p.776)

Durante muito tempo, cuidar da saúde e do ambiente, de modo amplo, foram as premissas que mais se aproximaram da melhoria da qualidade de vida, sem ser por si só, esse o foco de intervenção da enfermagem. Só a partir da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Otawa, em 1986, é que o conceito qualidade de vida surge nos discursos dos profissionais de saúde e nas intenções políticas do momento (Costa & Silva, 2004).

Nas décadas que se seguiram, muitos foram os estudos que surgiram. No entanto, alguns mediram a qualidade de vida tendo apenas como foco a capacidade funcional dos indivíduos (Costa & Silva, 2004). Outros, como o de Trentini *et al* (1990), recorrem a diferentes dimensões, como a capacidade funcional (onde englobam os aspetos físicos, sociais, intelectuais e emocionais), a percepção sobre o

estado de saúde e a satisfação com a vida, bem como, os sinais e os sintomas de doenças crónicas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolve também, um instrumento para avaliação da qualidade de vida com enfoque multidimensional (Costa & Silva, 2004).

Atualmente, o desafio de estabelecer um quadro de referência relativo à qualidade de vida, prende-se com o facto de, este ser um conceito bastante abstrato uma vez que é subjetivo, é individual e depende das circunstâncias do indivíduo, no seu momento de vida.

Brunelli (2012) e os seus colaboradores defendem que a qualidade de vida tem recebido maior atenção quando se avalia a necessidade de cirurgia da pessoa com doença pulmonar, ao mesmo tempo que é imperativo considerar a sua perspetiva. No entanto, apesar do crescente interesse na perspetiva do doente, a evidência que pode guiar a prática clínica, mostra-se ainda escassa e dispersa.

Clinicamente, a avaliação feita ao doente tem como foco a qualidade de vida relacionada com a saúde, a *health-related quality of life*¹⁰ (HRQOL).

No que diz respeito à pessoa transplantada pulmonar, existem já alguns estudos internacionais que revelam que a qualidade de vida dos doentes melhora significativamente após o transplante (Gross *et al*, 1995; Cohen *et al*, 1998; MacNaughton *et al*, 1998; TenVergert *et al*, 1998; Lanuza *et al*, 2000; Santana *et al*, 2009). Procurando dar significado a estes resultados, estamos perante doentes que antes do transplante tinham sérias limitações face à sua insuficiência respiratória grave e, por isso, sentem a mudança como uma grande mais-valia.

Exemplos disso são trabalhos como o de Santana *et al* (2009, p.153) realizado no Canadá com 43 doentes, antes e depois do transplante e que demonstram que a transplantação pulmonar melhora a sua qualidade de vida. Nos primeiros 6 meses após o transplante pulmonar são descritos ganhos na saúde física. Há redução de dor e desconforto, os níveis de ansiedade e sinais de depressão diminuem, e a tolerância ao exercício físico e a adesão terapêutica aumentam após o transplante pulmonar.

Num estudo comparativo feito com doentes transplantados de coração, de fígado e de pulmão, relativamente à qualidade de vida percecionada, concluiu-se que eram as pessoas transplantadas de pulmão que relatavam melhores resultados

¹⁰ 'Health-related quality of life'- 'Qualidade de vida relacionada com a saúde'

em todos os domínios da qualidade de vida, físico, psíquico e social (Littlefield, 1996 citado por Tavares, 2004). Este facto é compreensível, tendo em conta que, estamos a falar de pessoas com pneumopatias terminais e, conseqüentemente limitações funcionais muito grandes. Os doentes convivem diariamente com a dificuldade de realizar as atividades mais simples, pela falta de ar causada pela doença, tornando-se por isso, dependentes dos profissionais de saúde, da medicação, de equipamento de suporte ventilatório e de oxigénio suplementar. Sentem-se seres humanos impotentes diante da patologia e incapacitados para o autocuidado.

Face a isto, qual é o papel do enfermeiro na melhoria da qualidade de vida destes doentes?

Do direito à vida, definido no art.º 82º do Código Deontológico do Enfermeiro, decorre o dever do enfermeiro em garantir o respeito ao longo do ciclo vital valorizando a vida e a qualidade de vida (Nunes *et al*, 2005). O enfermeiro, lidando no seu quotidiano com ações de promoção e proteção de saúde, está muito próximo dos aspetos relevantes para a promoção da qualidade de vida das pessoas a quem se dirigem os seus cuidados. Porém, parece existir muito mais no conceito qualidade de vida, para além da qualidade de vida decorrente da promoção da saúde.

É inquestionável a efetiva sobrevivência após o transplante da pessoa com pneumopatia terminal, no entanto, Lanuza & McCabe (2001) lembram que, é extremamente importante perceber qual o impacto do procedimento na sua qualidade de vida.

Tanto em Madrid, no Hospital Universitário que visitei, como no Centro de Transplantação Pulmonar de Lisboa, a avaliação da qualidade de vida da pessoa transplantada ainda não é efetuada. No entanto, é uma ideia a implementar pelos profissionais que trabalham nestes centros, num futuro mais ou menos próximo.

Perceber quais os aspetos que podem influenciar a qualidade de vida e que melhor caracterizam a pessoa transplantada pulmonar permitirá, do meu ponto de vista, não só consciencializar os profissionais de saúde que dele cuidam, como promover uma cultura de colheita de dados científicos, uma cultura de investigação, no sentido da melhor compreensão do doente face aos ganhos que ele percebe, antes e após o ato cirúrgico.

Se, por um lado, a intervenção cirúrgica a que a pessoa com pneumopatia é submetida é sinónimo de melhoria de sobrevida, diminuição de sintomatologia e melhoria na qualidade de vida, por outro, o mesmo ato cirúrgico pode resultar em

mortalidade pós-operatória, aumento da morbidade e prejuízo dessa mesma qualidade de vida. É por isso fundamental, considerar os efeitos a curto, médio e longo prazo da cirurgia na qualidade de vida da pessoa.

Dos diferentes tipos de instrumentos de avaliação de HRQOL, o SF-36 é um dos mais utilizados em doentes transplantados pulmonares (Lobo, Gross & Matthees, 2004; Rutherford *et al*, 2005; Myaskovsky *et al*, 2006). Este permite cobrir de forma ampla aspetos diretamente relacionados com a qualidade de vida, é aplicável a diferentes tipos de população, ao mesmo tempo que permite uma comparação de resultados (Brunelli, 2012).

Existem ainda instrumentos direcionados para a avaliação da HRQOL de doentes com insuficiência respiratória como por exemplo, o *St George's Respiratory Questionnaire*, o *Chronic Respiratory Questionnaire* ou o *EORTC Quality of Life Questionnaire*. Estes, apesar de serem mais sensíveis para as necessidades e problemas desta população específica, uma vez que apresentam questões de maior relevância para os doentes do foro respiratório, não permitem a comparação entre diferentes populações (Brunelli, 2012).

Para o enfermeiro, conhecer os resultados de uma avaliação da qualidade de vida destas pessoas é essencial, para que seja possível dar a conhecer aos doentes e às suas famílias, os potenciais riscos e benefícios associados ao transplante pulmonar bem como os cuidados a ter após o procedimento cirúrgico. Além disso, só é possível ao enfermeiro informar o doente/família o que esperar do transplante pulmonar, conhecendo as experiências vividas, as preocupações e os sintomas, quer dos candidatos quer dos transplantados pulmonares (Lanuza & McCabe, 2001).

A importância de analisar a qualidade de vida bem como os níveis de ajustamento conseguido após o transplante, em comparação com o período pré-transplante é sublinhada por Tavares (2004, p. 773) que citando Mai (1993), lembra que “a qualidade de vida associada à saúde representa um denominador final comum de terapêuticas tão complexas como o transplante de órgãos”. No seu trabalho, revela que áreas como a perceção que o doente tem sobre o seu bem-estar físico, o seu ajustamento psicossocial (onde inclui os relacionamentos interpessoais, a auto-imagem e os sentimentos associados) bem como a capacidade de desempenhar um papel profissional ou escolar, são relevantes na análise da qualidade de vida destes doentes.

A curiosidade científica leva-nos, enquanto enfermeiros, a dissecar as diferentes áreas de exploração que confluem na disciplina de Enfermagem, e assim, tomar conhecimento sobre os aspetos com maior relevância para o doente, bem como, sobre formas de um acompanhamento realista perante as transições que experienciam as pessoas transplantadas pulmonares.

Apesar da variedade de transições (de desenvolvimento, situacionais, saúde/doença e organizacionais) exploradas por Meleis (2010) na sua teoria de médio alcance, algumas semelhanças podem ser percebidas. Comuns a todas elas estão, aquilo que Schumacher & Meleis (1994) denominaram de propriedades universais das transições, que englobam processos que ocorrem ao longo do tempo, envolvem desenvolvimento, fluxo e movimento bem como a natureza da mudança que atravessa a vida dos indivíduos e famílias, durante a transição. A natureza das transições não ficaria completa sem se perceber como a pessoa se vê perante a vivência da experiência. Torna-se relevante perceber qual a percepção, a consciência (*awareness*) que o doente tem do seu estado de saúde e se, face a isso, aceita as mudanças em curso como é o caso do transplante pulmonar. A partir daqui, só haverá envolvimento (*engagement*) neste processo de transição, se existir já consciencialização do problema. E depois sim, o doente procura aprender mais sobre a patologia e o processo de adaptação à nova realidade.

A pessoa face ao seu diagnóstico de insuficiência respiratória apercebe-se das mudanças que ocorrem na sua vida e no seu papel social, pelo que para uma transição saudável, terá de se adaptar ao diagnóstico, compreender a necessidade de um transplante, terá portanto, de aceitar a mudança (*change*) para alcançar a estabilidade na sua vida.

Segundo Meleis (2010) existem fatores facilitadores ou condicionantes que determinam, tanto para a família como para o doente, a possibilidade de adquirir novas competências para lidar com uma crise. As condições pessoais (cultura, crenças, estatuto socioeconómico, etc.) e ambientais (apoio da família, comunidade, etc.) podem facilitar ou dificultar o progresso no sentido de atingir uma transição saudável bem como o próprio resultado do processo de transição.

O enfermeiro é facilitador do processo de transição, tendo em vista alcançar uma sensação de bem-estar para o doente e para a família (Meleis & Trangenstein, 1994) perante um evento crítico, como o é o transplante. Neste sentido, e de acordo com a aplicação prática da teoria das transições, um dos fatores major para a

resolução saudável de uma transição é a relação da tríade pessoa-família-enfermeiro. É através deste trabalho de parceria o equilíbrio é passível de ser alcançado. O desafio para os enfermeiros e outros profissionais de saúde envolvidos é, a compreensão do processo de transição e o desenvolvimento de intervenções que os ajudem a regressar à estabilidade e ao bem-estar pretendidos (Schumacher & Meleis, 1994). Ao considerarmos os aspetos emocionais e físicos e identificando fatores que facilitem a transição saudável, fazemos emergir cuidados de enfermagem com maior sensibilização, consciencialização e humanização.

Concluindo, a qualidade de vida como conceito envolve em si componentes objetivos e subjetivos, porque na realidade, o que é primordial para uma pessoa não o é, necessariamente para outra.

O enfermeiro deverá ter em consideração, no momento de realizar um plano de cuidados, que a população de transplantados pulmonares é heterogénea. Aspetos como, por exemplo, o diagnóstico associado, o género, idade ou o tipo de procedimento (transplante uni ou bipulmonar) deverão ser tidos em conta, uma vez que podem refletir diferenças (de sintomatologia) que requerem uma gestão personalizada de cuidados perante as necessidades individuais da pessoa.

Baert *et al* (2000) advertem que o processo de transplante a que o doente se submete, deve ser sentido por ele como um verdadeiro projeto de vida.

Para Meleis *et al* (2000), as transições significam mudanças do estado de saúde, mudanças no papel das relações, mudanças das expectativas, mudanças nas habilidades (competências), que afetam o desenvolvimento no processo saúde/doença e que significam mudanças nas necessidades da pessoa. Segundo a autora, a transição requer que a pessoa incorpore um novo conhecimento, altere o comportamento e por conseguinte, exige uma mudança na definição do “eu” no seu contexto social.

Na realidade, só a partir do momento em que o transplantado assimila esta sua nova condição, é que poderá realmente caminhar no sentido de uma melhor qualidade de vida.

2. PESSOA COM PNEUMOPATIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Cuidar da pessoa que durante grande parte, se não toda a vida, viveu com insuficiência respiratória e que, de repente, é transplantado, criou em mim a curiosidade de perceber-lo enquanto doente crónico, antes do transplante. Para isso, desenhei um percurso de desenvolvimento de competências que incluísse a prestação de cuidados a estes doentes, antes do evento: transplante pulmonar.

O percurso de desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área do doente crónico com pneumopatia e sua família, em estado crítico, no contexto de um Serviço de Urgência (SU) iniciou-se no desenho do projeto de estágio com uma visita de campo. A visita permitiu-me perceber que o SU contempla, após um momento de triagem, salas de tratamento específicas direcionadas para pessoas com insuficiência respiratória. Cuidar desses doentes constituiria um excelente momento de aprendizagem no futuro.

Diariamente dão entrada, no SU, um número muito elevado de pessoas com insuficiência respiratória. Esse número acentua-se com a chegada do Inverno, período¹¹ em que decorreu o estágio.

Desta forma, o objetivo delineado para o estágio no SU foi **aprofundar competências de enfermagem especializadas na área do doente crónico com pneumopatia e a sua família, que agudiza e recorre ao serviço de Urgência**, que operacionalizei juntamente com atividades¹² planeadas para o atingir.

O SU existe com o propósito de dar uma resposta rápida a todas as situações clínicas de instalação súbita, graves, bem como assistir a pessoa em estado crítico. Os cuidados de enfermagem neste serviço são direcionados a pessoas que apresentam alterações de saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais, previamente diagnosticadas ou não. É grande a diversidade de patologias, é elevado o número de pessoas atendidas, sendo por isso, elevada a exigência dos conhecimentos que o enfermeiro tem de mobilizar para cuidar dessas pessoas.

Em 2001, a Direção Geral de Saúde (DGS) publica um documento que sustenta a rede de referência hospitalar de urgência e emergência (Direção Geral de Saúde, 2001). O SU onde decorreu o estágio é classificado nesse documento, como um Serviço de Urgência Polivalente (SUP). O SUP é o nível mais

¹¹ APÊNDICE I – Cronograma de estágio

¹² APÊNDICE II – Objetivos e atividades a desenvolver em contexto de estágio no SU

diferenciado de resposta às situações de urgência-emergência, estando situado, em regra, num hospital geral central ou centro hospitalar. Para além de todos os recursos do SU médico-cirúrgica, este dispõe de outras especialidades médicas disponíveis e garante articulação com as urgências de pediatria, obstetrícia e psiquiatria segundo as respetivas redes de referência (Despacho nº 5414/2008 de 28 de Fevereiro).

Inicia-se o estágio e, num primeiro momento, a interação com o chefe do serviço, a enfermeira responsável e os elementos da equipa de enfermagem resultou na compreensão da organização, do funcionamento, dos recursos humanos e materiais e dos projetos como a 'Via Verde AVC' ou a 'Via Verde Sépsis' em que o SU está envolvido. A enfermeira responsável pelo SU, de uma forma profissional e acolhedora, apresentou e descreveu o espaço físico do serviço, a sofrer constantes alterações com obras a decorrer, apresentou-me a enfermeira tutora, enfermeira especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, apresentou também os elementos da equipa presentes no momento, e explicou de forma detalhada a dinâmica do serviço.

É na triagem de prioridades que começa então, o trabalho do enfermeiro que exerce funções no SU. Um curto período foi suficiente para compreender que se trata de um sistema que respeita algoritmos, algoritmos que respondem ao grau de gravidade das queixas da pessoa que entra no SU. A triagem é fundamental, permite uma metodologia de trabalho coerente que respeita a boa prática perante situações urgentes. Permite dar prioridade a pessoas em situações urgentes e não a quem chega primeiro. Tanto pode ser utilizada em situações de normal funcionamento do serviço como em situações de catástrofe. É fiável, uniforme e objetiva, permitindo monitorizações constantes. A prioridade de tratamento aos doentes é realizada através da utilização da triagem de Manchester (Grupo Português de Triagem, 2002), realizada por um enfermeiro detentor de um curso de triagem de prioridades.

A triagem de Manchester consiste na identificação das prioridades clínicas de cada doente que recorre ao SU, através de diferentes algoritmos, e a definição de um tempo alvo recomendado desde a triagem efetuada pelo enfermeiro até ao primeiro contato com um médico (Torres & Reis, 2002). No entanto, conforme verifiquei, os algoritmos utilizados deixam pouco espaço para o sentido crítico e autonomia do enfermeiro que faz a triagem. Percebi que é, na maioria das vezes, a

experiência e maturidade profissional do enfermeiro que o ajuda a escolher o fluxograma que melhor se adapta ao doente.

Benner, Kyriakidis & Stannard (2011) asseguram que a compreensão da situação clínica do doente é fundamental para o eficaz julgamento clínico e ético. Os autores defendem que é essencial fazer distinções qualitativas, reconhecer alterações com relevância clínica e desenvolver conhecimentos clínicos sobre a população específica alvo de cuidados, uma vez que, estes aspetos permitem o melhor entendimento sobre a situação clínica da pessoa.

A passagem pelos gabinetes de triagem permitiu-me desenvolver consciência crítica para os problemas e desafios da prática profissional, que os enfermeiros desta área enfrentam diariamente. Considero que há aspetos que podem comprometer a qualidade do atendimento de enfermagem no momento da triagem. O tempo dedicado ao doente é escasso não permitindo muitas vezes, aprofundar a sua história clínica. A privacidade das pessoas atendidas nos gabinetes de triagem é muitas vezes posta em causa por interrupções várias, pelo porteiro, pelo bombeiro, pelo assistente operacional ou outro. De uma forma geral, pela própria situação de doença, pela cor atribuída na triagem ou pela elevada afluência ao SU, são frequentes as situações de confusão que levam os doentes ou os familiares/acompanhantes a criarem conflitos junto dos gabinetes da triagem podendo comprometer a qualidade dos cuidados prestados. Após o registo no secretariado a pessoa é chamada ao gabinete de triagem pelo enfermeiro. Contudo, não são raras as vezes que a pessoa que chega ao gabinete, quando identificado, não responde pelo nome da pessoa chamada pelo enfermeiro. Fiquei surpreendida com situações como esta, que aumentam o tempo de atendimento nos gabinetes de triagem, que aumentam o risco de erro (caso o enfermeiro inicie a triagem sem validar a identificação) e comprometem o normal funcionamento de um SU.

A pessoa com pneumopatia recorre ao SU sempre que vê a sua doença crónica agudizar, sempre que há insuficiência respiratória que comprometa as suas atividades de vida diária. Mediante a cor atribuída pela Triagem de Manchester (Grupo Português de Triagem, 2002) que reflete a gravidade da situação clínica da pessoa com pneumopatia, o atendimento é feito de imediato nas salas de reanimação (Diretos), no Serviço de Observação (SO) ou na sala de tratamentos destinada ao tratamento de doentes do foro respiratório.

As salas de reanimação recebem habitualmente pessoas em estado crítico, doentes onde está eminente, há risco ou está instalada a falência de funções vitais. Assentam numa filosofia de trabalho de equipa, uma vez que compete à equipa de reanimação, a restauração rápida e espontânea da respiração e circulação com preservação dos órgãos vitais durante a reanimação do doente (Aehlert, 2013).

O enfermeiro alocado à sala de reanimação, garante a manutenção da sala para o seu correto funcionamento face à chegada de um doente a qualquer momento (Ferreira, 2008).

A organização da sala de reanimação permite uma atuação segura e metódica de todos os elementos envolvidos, face à organização do espaço físico com duas áreas semelhantes que respondem às necessidades de duas pessoas em risco de vida. O facto de ter presenciado e atuado em algumas situações de emergência foi proveitoso e gratificante. Pude, não só realizar as atividades de verificação de material e equipamento, responsabilidade do enfermeiro responsável pela sala, como também, intervir pontualmente nas situações de emergência que surgiram. A minha colaboração foi estreita, dado que foi pouco o tempo passado na sala de reanimação. Ainda assim, colaborei na transferência do doente, na preparação e administração de medicação, nas colheitas de espécimes ou na realização de técnicas como algaliação ou pensos. Os registos de enfermagem eram feitos depois de garantida a estabilidade hemodinâmica ou transferência do doente, o que me permitia inteirar-me sobre toda a história da pessoa e realizá-los de forma calma. Considero que mais do que competências técnicas, tive oportunidade de desenvolver competências relacionadas com a adaptação a métodos de trabalho diferenciados, que mobilizam conhecimentos de várias áreas. Fui refletindo sobre a melhor forma de atuação perante situações inesperadas e que necessitavam de grande ponderação da minha parte.

Numa situação de crise, proporcionar intervenções de emergência oportunas e adequadas são essenciais para salvar vidas. Muitas dessas situações exigem múltiplas intervenções, realizadas em simultâneo pelos vários membros da equipa, pelo que idealmente a equipa deve ser organizada e orquestrada para ser eficaz (Benner *et al*, 2011). Em alguns casos de emergência, apenas observei a atuação da equipa. Nesta sala, o que é marcante, do meu ponto de vista, é que a qualidade e a humanização dos cuidados assentam neste conceito de equipa. O atendimento no pré-hospitalar é determinante, depois, médicos, enfermeiros e assistentes

operacionais, trabalham em conjunto no sentido de prestar à pessoa os melhores cuidados possíveis. No entanto, e por ser um hospital universitário, o número de pessoas que se encontrava na sala era muitas vezes elevado, o que pode comprometer de alguma forma, a abordagem organizada e estruturada pretendida, no atendimento ao doente.

Perante a insuficiência respiratória e a manter-se o compromisso da ventilação e das trocas gasosas, com necessidade de ventilação invasiva, o doente permanece nesta sala. Se não houver recurso à ventilação invasiva, esta sala representa muitas vezes, para a pessoa com pneumopatia, a antecâmara do SO.

No SO o doente inicia o tratamento médico e não poucas vezes, a ventilação não invasiva (VNI). Inicia-se aqui o meu primeiro contacto com a VNI como medida terapêutica para a pessoa com insuficiência respiratória. Iniciei pesquisa bibliográfica sobre VNI para responder às lacunas que senti ter no momento de prestar cuidados de enfermagem.

As primeiras dificuldades sentidas foram no sentido de responder às necessidades dos doentes ali internados face a uma dinâmica muito diferente daquela que encontro diariamente no local onde exerço funções. A rotatividade dos doentes é muito grande, pelo que, pelas poucas 5 camas que me estariam atribuídas, passam um sem número de pessoas. É muitas vezes, na minha opinião, difícil manter a qualidade dos cuidados que se espera do enfermeiro no SU. O processo de enfermagem encontra-se informatizado, com um sistema de registos (*Alert®*) que me era completamente desconhecido. A equipa multidisciplinar é constituída por inúmeros profissionais para mim desconhecidos, que servem de suporte à atividade do enfermeiro. Senti-me a perder o controlo quando, me ausentava da sala e no meu regresso, os doentes que estariam sobre a minha responsabilidade já lá não estavam. Fui recuperando o controlo pouco a pouco, sentindo-me mais enfermeira e menos aprendiz de enfermeira. É difícil assumirmos que a competência que nos é reconhecida na nossa realidade fica completamente invisível num novo ambiente. A realidade é que, neste contexto, teria de aprender a *“organizar, planificar e coordenar as diferentes necessidades e solicitações dos doentes, e (...) adaptar incessantemente as suas prioridades às mudanças constantes do seu estado”* (Benner, 2001, 176). As experiências foram tornando essa competência mais visível, mais credível, mais satisfatória. Cuidar no SO foi dos maiores desafios por que passei. Centrar-me nas minhas dificuldades fez-me perder

um pouco o contato com o doente e família. A cada turno a reflexão pessoal sobre o que ainda tinha para caminhar foi-me permitindo melhorar o caminho mas perceber que muito mais haveria a fazer. O exercício de uma prática reflexiva contribui decisivamente para a estruturação de um pensamento em enfermagem. Realizar o jornal de aprendizagem¹³ permitiu-me isto mesmo, refletir sobre as experiências que tinha tido até então, como isso se refletia na minha aprendizagem e o que poderia melhorar nas experiências futuras. Estruturar um jornal de aprendizagem permitiu-me melhorar o diagnóstico da situação de cuidados, direcionar melhor as intervenções de enfermagem que traduzem, no limite, melhores resultados para o doente (Mendes *et al*, 2011).

Esta era uma área em que não tinha experiência. Pela multiplicidade de situações que aconteciam e pela diversidade e complexidade das atividades realizadas, o SO exige do enfermeiro uma atuação rápida, estruturada e eficiente. Todas estas características que fui trabalhando, foram-me permitindo mobilizar conhecimentos variados, melhorar destreza manual e garantir alguma capacidade de decisão, aspetos que contribuíram para o desenvolvimento de competências avançadas na área de intervenção da pessoa em situação crítica. Adaptei-me a novas situações, aprendendo a trabalhar numa equipa sempre diferente, segundo a metodologia específica daquela sala. Ainda assim, a integração num serviço com estas características não se resume a trabalhar de forma correta com a equipa, ela passa por uma adaptação à dinâmica do serviço e aos métodos de trabalho utilizados na assistência ao doente, aspetos que fui tentando melhorar ao longo do estágio, por forma a dar resposta às atividades a que me propus desenvolver. Contribuiu para isto, sem dúvida, a informação proveniente da minha formação inicial, da formação pós-graduada, bem como da minha experiência profissional a cuidar da pessoa em situação crítica.

Tendo em conta os objetivos de estágio, este local revelou-se de importância inegável, uma vez que proporcionou momentos de aprendizagem e consolidação únicos. Auxiliar na adaptação do doente à VNI assegurando os cuidados de enfermagem associados, a preparação do doente para exames complementares de diagnóstico, a articulação com outros serviços do hospital, a preparação do doente e

¹³ APÊNDICE III – Jornal de Aprendizagem: Prática reflexiva e ciclo de Gibbs em contexto de estágio

família para a alta, ou o cuidar do doente em fim de vida foram aspetos que fui vivenciando e considero de grande relevo.

Considero que neste contexto o enfermeiro é facilitador (Schumacher & Meleis, 1994) no processo de transição pela intencionalidade que orienta a sua intervenção terapêutica (Meleis, 2010). Centra-se particularmente nos processos de transição saúde-doença, quando associado a doentes com doença crónica como a pneumopatia, e pontualmente confronta-se com processos de transição situacional, perante a pessoa que refere por exemplo aparecimento de uma dor súbita, alergia ou outra (Meleis, 2010).

O trajeto do doente no SU continua...

Quando a pessoa é encaminhada para a sala de tratamentos que recebe na sua maioria doentes do foro respiratório, ela é recebida pelos enfermeiros e pelos pneumologistas de serviço. São as pessoas com doença pulmonar crónica e as suas famílias, quem passa todos os dias por esta sala. Aqui encontrei-me enquanto enfermeira. A relação de ajuda está presente. A equipa multidisciplinar é fixa, cria-se uma relação de parceria. A sala é de pequenas dimensões, acabando por aproximar os profissionais de saúde da pessoa doente. Recordo que, numa das minhas passagens pela sala de tratamentos, perante a iminente solidão de cada uma das pessoas que estava na sala, um dos doentes lança uma adivinha em jeito de passatempo, enquanto lhe punccionava um acesso venoso periférico. Alguns minutos depois, a minha orientadora devolve adivinhas à sala. E de repente, o que seria um turno trabalhoso passou com a ligeireza possível. Houve inclusive uma senhora que no momento da despedida, agradece os nossos cuidados, salvaguardando a importância do exercício de imaginação dirigida naquele tempo que ali passou. Naquele momento, tive que lembrar-me que, para além da técnica teria que enfrentar o passatempo com a mesma destreza, o que para mim ainda constituía um desafio.

De uma forma geral, num SU é muito fácil os cuidados de enfermagem se centrarem na realização da técnica e se afastarem da relação de ajuda enquanto parte integrante dos mesmos. Hesbeen (2001, p.12) constata nas suas reflexões que a *“complexidade da prática quer seja técnica ou não, reside na atenção e na ajuda que se presta a outrem e na procura do sentido que elas implicam”*. Na sala de tratamentos, a relação de ajuda não só deixou de estar focalizada apenas no doente, como passou a abranger a sua família ou cuidador, contribuindo para a

personalização dos cuidados de enfermagem, aspeto que senti ser muitas vezes descurado noutros setores do SU.

No cruzamento de todas as dificuldades (como o elevado número de doentes ou fluxos de grande intensidade de trabalho) é fundamental lembrar que a capacidade que o enfermeiro tem para prestar cuidados será sem dúvida tanto maior, quanto maior for a competência técnica mas também, quanto maior for a vontade permanente de não deixar o outro entregue à solidão.

A relação de ajuda no contexto do cuidar é fundamental para que os enfermeiros fundamentem as suas intervenções, interdependentes e autónomas, tanto do ponto de vista científico e técnico como também, nas dimensões relacional e ética (Queirós, 1999). Nesta sala, desenvolvi ações de enfermagem de acordo com as prescrições médicas bem como ações autónomas de enfermagem, inerentes à situação clínica da pessoa. Tive ainda oportunidade de esclarecer dúvidas aos doentes e aos seus familiares/acompanhantes, efetuar alguns ensinamentos para promoção de saúde de aspetos como a utilização de oxigenoterapia no domicílio, sinais de despiste de dificuldade respiratória ou administração de terapêutica. Estas atividades permitiram-me desenvolver competências de área técnica, mobilizando conhecimentos adquiridos no domínio teórico, encontrando sentido para a abordagem de Watson (1979 citada por Hesbeen, 2000) sobre o essencial e o acessório dos cuidados de enfermagem. É verdade que, diariamente, se prestavam cuidados de enfermagem do domínio do acessório, enquanto técnica de cuidados, mas também se prestavam cuidados do domínio do essencial, enquanto ação interpessoal que visa contribuir para um resultado terapêutico na pessoa. Sem dúvida que, o desafio foi o de dar significado para uma pessoa em particular a um conjunto de acessórios (técnicas) que contribuíssem para o seu bem-estar.

Aproveitando a minha experiência profissional enquanto enfermeira de uma UCI de cirurgia cardiotorácica e, procurando dar forma a uma das competências do enfermeiro especialista (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro, p.8653) que se responsabiliza “*por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade*”, incluí nos meus objetivos específicos o planeamento e execução de uma ação de sensibilização para os enfermeiros do SU na área dos **‘Cuidados de enfermagem ao doente com drenagem torácica’**¹⁴.

¹⁴ APÊNDICE V – Sessão de sensibilização: Cuidados de enfermagem ao doente com drenagem torácica

A colocação de uma drenagem torácica é um procedimento realizado frequentemente no SU, mais comumente no tratamento da pessoa com trauma torácico. Quer o enfermeiro chefe, quer a enfermeira orientadora reconheceram no tema uma necessidade de formação para os enfermeiros do SU, sugerindo ainda a realização de um cartaz¹⁵ que desse resposta a dúvidas que pudessem surgir, por exemplo, no momento de preparação do material. Assim, procurei de forma simplificada, ressaltar alguns aspetos que, se não forem respeitados no seu conjunto, podem comprometer o procedimento, recorrendo não só a minha experiência profissional mas também à revisão da literatura. Com a ação de sensibilização procurei dar ênfase aos cuidados de enfermagem nos períodos pré, peri e pós colocação/remoção de uma drenagem torácica, assim como ao papel do enfermeiro nessa atuação. Considero a avaliação bastante positiva. A ação foi enriquecida pela participação de enfermeiros que questionavam sobre o posicionamento do doente, o tipo de dreno, o tipo de sutura ou os cuidados a ter durante o transporte do doente com drenagem torácica (muito frequente nos doentes internados no SU).

Na fase final do estágio foi ainda possível dar resposta a uma necessidade do serviço, sublinhando uma competência do enfermeiro enquanto especialista (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro), que comunica resultados de atividades institucionais na área da qualidade, aos enfermeiros e gestores, bem como uma competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro), que maximiza a sua intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica ou falência orgânica.

Em 2009, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publica linhas orientadoras (World Health Organization, 2009) relativamente à higiene das mãos associada aos cuidados de saúde como um primeiro desafio global que assegure a segurança do doente. Um pouco por todo o mundo a mensagem '*Clean care is safer care*'¹⁶ foi fazendo parte do dia-a-dia dos cuidados de saúde. No âmbito da campanha nacional relativa à higienização das mãos, foi-me proposto pelo enfermeiro chefe a apresentação dos resultados da auditoria e sensibilização dos profissionais, com vista à melhoria de um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem. Neste

¹⁵ APÊNDICE VI – Cartaz: Cuidados de enfermagem ao doente com drenagem torácica

¹⁶ '*Clean care is safer care*' - 'Cuidado limpo é cuidado seguro'

sentido, incluí nos meus objetivos específicos de estágio o planeamento e execução, juntamente com uma colega de curso, de uma ação de sensibilização¹⁷ direcionada aos enfermeiros do SU, com o tema **“Higienização das mãos: melhoria de um indicador de cuidados de enfermagem”**. A sessão foi preparada por ambas, mas apresentada individualmente em datas diferentes, a fim de alcançar o maior número possível de profissionais.

Com a ação de sensibilização procuramos não só apresentar os resultados da auditoria mas também recordar os profissionais para o facto da higienização das mãos ser, como afiança a organização *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), a principal forma de prevenir a propagação de infeções. Com o objetivo de dar suporte à implementação das boas práticas de higiene das mãos preconizadas pela Direção-Geral de Saúde (Circular normativa nº13 DQS/DSD de 14 de Junho), procuramos dar sugestões de melhoria para o SU. Aspetos como, a colocação de uma solução antisséptica de base alcoólica (SABA) mais próxima do doente, a sensibilização dos pares, a formação dos assistentes operacionais, a monitorização da desinfeção das superfícies envolventes e a instituição de rotinas de higienização das mãos para familiares e visitas, seriam, do nosso ponto de vista, aspetos que contribuiriam para a promoção da qualidade dos cuidados ao doente/família no SU. A sala acabou por ser pequena porque aos enfermeiros se juntaram médicos e assistentes operacionais, apesar de os resultados não serem animadores para nenhum dos grupos auditados. Houve ainda tempo para um pequeno exercício prático de higienização das mãos, gentilmente assegurado pela Comissão de Controle de Infecção do Hospital. Perante os resultados apresentados, considero que muito ainda haverá para fazer neste domínio, no entanto, a ação de sensibilização foi bastante proveitosa para todos com uma avaliação bastante positiva e com um pequeno motivo de orgulho. No final do estágio, cada cama de SO tinha já incorporada uma SABA, o que tornaria mais fácil o cumprimento de cada um dos 5 momentos de higienização das mãos, preconizados pela OMS (World Health Organization, 2009; Circular normativa nº13 DQS/DSD de 14 de Junho).

Não posso terminar sem dedicar algum tempo a um dos aspetos que, de alguma forma, influenciou o meu processo formativo enquanto estudante e acima de tudo enquanto profissional, as características pessoais e profissionais do supervisor.

¹⁷ APÊNDICE VIII – Sessão de sensibilização- Higienização das mãos: melhoria de um indicador de qualidade de cuidados de enfermagem

Uma supervisão clínica de qualidade é fundamental para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, garantir a segurança do doente/cliente e, em simultâneo, ajudar o supervisionado a desenvolver as suas competências (Frankel, 2008). Mas teremos todos, enfermeiros que cuidam, competências para sermos supervisores pedagógicos? Se calhar, não! A comunicação tem de ser eficaz não só entre o supervisor e o supervisionado, para que haja incremento da aprendizagem mútua, mas também entre enfermeiros cooperantes e instituições intervenientes no processo de ensino, para facilitar a integração da teoria na prática. A primeira pode falhar face às características dos intervenientes (supervisor e supervisionado), o perfil, os conhecimentos, o desconhecimento dos objetivos e programa da escola entre outros. A segunda pode falhar se o fosso entre a teoria e a prática for demasiado grande, ou se não houver acompanhamento parte a parte.

A comunicação nem sempre foi eficaz mas considero que a integração teórico-prática esteve longe de ter falhado. Foi exigente, sem dúvida! No decorrer do estágio senti que fui integrando competências, saberes, e atitudes que resultaram das experiências significativas vivenciadas e partilhadas com a professora orientadora. Estas partilhas permitiram-me perceber, que impacto as situações vividas tiveram na minha aprendizagem e na minha própria personalidade. Permitiram-me ainda perceber, sublinhando as palavras de Honoré (1990), que a formação pressupõe a ação de um indivíduo sobre o outro, com vista à mudança, à criatividade, à produção do saber e do sentido, à inovação, à revelação do desconhecido e do imprevisível. Assenta em fenómenos evolutivos que depois de conscientes, permitem a orientação, ponto de referência para as mudanças evolutivas. Obrigada professora! Fui-me sentido acompanhada neste 'caminho que se faz caminhando' mas senti também que há grande complexidade entre o contributo do enfermeiro supervisor/escola e o meu processo de formação/aprendizagem.

Numa perspetiva construtivista, Alarcão & Tavares (2003) defendem que todos os fenómenos decorrentes do exercício profissional, para além de serem motivo de análise e reflexão, devem ser também obra para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Não podemos esquecer que, no final, todos, enfermeiros estudantes, enfermeiros cooperantes e enfermeiros docentes, trabalhamos em torno de um objetivo último comum, prestar os melhores cuidados de enfermagem possíveis.

3. PESSOA COM PNEUMOPATIA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A pessoa com pneumopatia, sempre que sente a sua doença crónica agudizar, sempre que a sua insuficiência respiratória compromete as suas atividades de vida diária, inicia, muitas vezes, um caminho longo de percorrer. Muitas são as que, nesta fase crítica da sua doença crónica acabam por ser internadas em Unidades de Cuidados Intensivos.

Mas cuidar da pessoa em situação crítica numa UCI requer a mobilização de conhecimentos e competências que suportem a prática de cuidados, a tomada de decisão e todas as intervenções de enfermagem, sempre tendo em vista a melhor qualidade de cuidados prestados ao doente e à sua família. Neste sentido, iniciei no desenho de projeto um percurso de desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área do doente crónico com pneumopatia e sua família, em estado crítico, em contexto de Cuidados Intensivos.

Comecei por visitar uma UCI direcionada para a prestação de cuidados ao doente do foro respiratório, unidade essa que encaminha doentes com pneumopatia para transplante pulmonar, que me permitiu perceber que cuidar desses doentes constituiria uma grande mais-valia para a minha aprendizagem futura.

Por outro lado, exercendo a minha atividade profissional numa UCI direcionada para a prestação de cuidados à pessoa transplantada pulmonar considerei ser pertinente, inclui-la no meu percurso de desenvolvimento de competências com o objetivo de partilhar com a equipa multidisciplinar as experiências vividas, as aprendizagens feitas, mas acima de tudo, com o objetivo último de contribuir para a melhoria dos cuidados prestados ao doente/família transplantado pulmonar.

3.1. Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios

Perante o reconhecimento de uma doença crónica que pode ser ameaçadora de vida, são frequentes os contatos do doente com os profissionais de saúde e o hospital, a fim de ser mantida a melhor condição possível e prevenir a sua deterioração ou morte.

A agudização severa do estado de saúde do doente com pneumopatia conduz, idealmente, ao seu internamento em serviços de referência para o doente

respiratório. A Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios (UCIR) é parte integrante de um serviço de Pneumologia de um centro hospitalar e é uma unidade de referência para o doente com patologia respiratória. Para além disso, é uma das unidades que encaminha habitualmente doentes para transplante pulmonar. Por isto, considereei pertinente conhecer a realidade e perceber que cuidados carecem este doente e família, perceber que transições atravessam nesta fase e como pode o enfermeiro ser facilitador dessas transições.

Após o transplante pulmonar o doente permanece na UCI monitorizado com vista à estabilização respiratória e hemodinâmica. No período pós-operatório imediato, são preocupações da equipa de enfermagem no cuidar do doente submetido a transplante pulmonar, entre muitos outros aspetos, a otimização da oxigenação e a ventilação, competências que considereei pertinente aprofundar no contexto específico da UCIR.

Já na UCIR, procurando fazer evoluir a minha prática potenciando a melhoria dos cuidados a prestar ao doente submetido a transplante pulmonar, propus-me no decorrer do estágio **aprofundar competências de enfermagem especializadas na área do doente crónico com pneumopatia terminal e sua família, dependente de ventilação invasiva** que operacionalizei juntamente com atividades¹⁸ projetadas para o atingir.

A UCIR é um serviço de pequenas dimensões, compartimentado por pequenas salas. Tem um total de 14 camas, 8 das quais respondem à necessidade de ventilação invasiva do doente crítico, as restantes têm apenas capacidade para assegurar ventilação não invasiva.

Reconhecido que estava o espaço físico, a cada passagem de turno a enfermeira chefe, apresentou-me a cada um dos elementos presentes fazendo uma breve referência aos meus objetivos com o estágio. Esse cuidado acabou por fazer com que, rapidamente me sentisse parte da equipa. A equipa multidisciplinar é pequena. Reconheci em toda a equipa, uma forte componente pedagógica e senti que reconheceram em mim, uma forte vontade de aprender. Iniciei o meu estágio tendo o privilégio de acompanhar, lado a lado, uma enfermeira tutora, especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, uma enfermeira perita (Benner, 2001) com longa experiência no serviço.

¹⁸ APÊNDICE IX – Objetivos e atividades a desenvolver em contexto de estágio na UCIR.

Constatei que, procurando fazer face às mudanças internas e externas que afetavam a instituição hospitalar, a UCIR não só respondia à necessidade de internamento de pessoas com pneumopatia mas também a qualquer necessidade de internamento de pessoas que, com outras patologias associadas, careciam de cuidados perante a sua insuficiência respiratória.

Os cuidados de enfermagem neste serviço são cuidados críticos de enfermagem a doentes altamente instáveis, com elevado risco e cujas condições de saúde variam muito rapidamente (Urden, Stacy & Lough, 2008) com a particularidade de serem direcionados a pessoas que apresentam alteração ou compromisso da capacidade respiratória, independentemente da patologia associada. É grande a diversidade de patologias associadas tornando elevada a exigência dos conhecimentos mobilizados pelo enfermeiro para cuidar destes doentes.

Provavelmente, dada a proximidade e frequente passagem de estudantes no serviço, há uma componente pedagógica muito presente. Houve uma preocupação constante de todos, com o cumprimento dos meus objetivos de estágio. Os pneumologistas tinham a preocupação de me integrar no plano de cuidados dos doentes atribuídos, vendo-me com parte integrante da equipa de saúde. A enfermeira tutora discutia comigo esses mesmos planos de cuidados. Senti que me era reconhecida competência enquanto parceira de cuidados.

Exercendo eu a minha atividade profissional numa UCI, estagiar nesta Unidade não constituiu, por si só uma dificuldade. Voltando ao que Watson (1979 citada por Hesbeen, 2000) classifica como essencial e acessório nos cuidados de enfermagem, considero que o essencial, a que se refere Jean Watson, é o mesmo para as duas unidades, o acessório apresenta algumas diferenças pontuais mas maioritariamente mais semelhanças. Perante essas diferenças pontuais que encontrei, por exemplo, nos cuidados de enfermagem associados ao desmame e extubação do doente, senti necessidade de acrescentar à experiência do quotidiano na prestação de cuidados de enfermagem, a pesquisa de evidência científica que, não só sustentasse a minha prática mas a potenciasses também. À pesquisa efetuada, juntava-se a partilha com a enfermeira tutora e com a professora orientadora, que contribuíam enquanto prática reflexiva, para a construção do meu pensamento em enfermagem. É fundamental que o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem derive não só, do conhecimento prático (saber-fazer)

mas também, de estudos científicos e investigações, suportadas pela teoria e pelos registos do conhecimento prático/saber-fazer existente (Benner, 2001).

Apesar de me situar a um nível de proficiente/perito no meu local de trabalho, ao mudar de contexto, desço para o nível definido por Benner (2001) como competente, não só por se tratar de uma unidade com diferentes características mas também por ser um serviço direccionado para o doente com insuficiência respiratória. O enfermeiro neste nível *“não tem a rapidez nem maleabilidade da enfermeira proficiente, mas tem o sentimento de que sabe bem das coisas e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos que são o normal na prática de enfermagem”* (Benner, 2001, p.54).

Dada a frequente utilização da VNI nos doentes internados na UCIR, associado ao sucesso da técnica no tratamento da insuficiência respiratória aguda, senti necessidade de integrar a técnica na minha aprendizagem ao longo do estágio. Este era um tema que não dominava, era uma técnica em que não tinha experiência, pelo me propus desenvolver competências de enfermagem nesta área de conhecimento. O recurso à pesquisa bibliográfica, o apoio e esclarecimentos da enfermeira tutora, permitiram-me crescer, melhorar a minha destreza e garantir alguma capacidade de decisão, contribuindo para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados ao doente/família com pneumopatia dependente de VNI. Para além da indiscutível vantagem desta modalidade ventilatória conseguir evitar, muitas vezes, a necessidade de ventilação invasiva com todas as complicações associadas, fui percecionando ao longo do estágio, outras vantagens para o doente. A utilização da VNI traduz-se, na prática, numa modalidade ventilatória com maior conforto para a pessoa, permite que o aporte nutricional se faça por via oral, reduz ou anula a necessidade de sedação tornando possível a comunicação e a sua adequada colaboração, por exemplo, no autocuidado ou na cinesiterapia respiratória (André & Correia, 2008). A verdade é que a técnica, afirmava-se na otimização dos parâmetros ventilatórios da pessoa com insuficiência respiratória. E o meu espanto devia-se ao facto da técnica ser raramente utilizada na realidade da minha prática profissional. Conhecer os ventiladores e as modalidades utilizadas na VNI, conhecer os interfaces (máscaras) e adequá-los à pessoa, vigiar a sua tolerância à técnica e vigiar os parâmetros de monitorização clínica e gasométrica da pessoa dependente de VNI, contribuíram,

sem dúvida, para o desenvolvimento das minhas competências de enfermagem à pessoa com pneumopatia.

As situações clínicas onde existe maior evidência na vantagem da utilização da VNI não incluem o pós-operatório imediato da pessoa transplantada pulmonar. Porém, reportando-me à visita ao hospital universitário de Madrid, a enfermeira responsável pela reabilitação respiratória, considerava pela sua experiência profissional, a técnica uma mais-valia para o doente transplantado pulmonar, garantindo uma eficácia ventilatória sobreponível à ventilação invasiva. Sem dúvida que, a VNI é uma modalidade ventilatória com especificações técnicas particulares, constituindo um instrumento cuja utilização no doente transplantado pulmonar, para além de ter de ser ponderada pelo pneumologista, requer que os enfermeiros a dominem. Perante isto, ficou a ideia de no futuro partilhar os resultados encontrados e propor à equipa multidisciplinar que cuida do doente transplantado pulmonar a possibilidade de utilizar esta técnica.

A compreensão global deste doente/família com pneumopatia internado na UCIR, ficou enriquecida com a realização de um estudo de caso¹⁹, que me permitiu adequar os conhecimentos globais sobre a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) a uma pessoa em particular. Considero que o estudo de caso foi de extrema importância para a compreensão desta doença crónica, ao mesmo tempo que me possibilitou, enquanto enfermeira, um melhor atendimento na recuperação destes doentes, com melhor diagnóstico de necessidades e com intervenções mais direcionadas. Subscrovo as palavras de Benner (2001, p.56), quando diz que os enfermeiros (proficientes) *“aprendem melhor quando se utilizam estudos de caso que põem à prova e requerem a capacidade de aprender uma situação”*.

Cuidar da pessoa com pneumopatia permitiu-me perceber que é muito importante que enfermeiro tenha a perceção da forma como a pessoa experiencia a sua doença crónica no dia-a-dia, mas é crucial que compreenda a forma como a família/pessoa significativa a integra no seu quotidiano. Meleis (2010), na sua teoria de médio alcance defende que o enfermeiro (que presta cuidados transicionais) tem de compreender a transição do ponto de vista de quem a experiencia, valorizando os fatores que medeiam os processos de transição (individuais, ambientais, outros) e inferindo, desse ponto de vista, as necessidades da pessoa. Para além disso,

¹⁹ APÊNDICE X – Cuidados de enfermagem especializados ao doente e família com DPOC: Um estudo de caso

quando um indivíduo é acometido por um distúrbio crónico como uma pneumopatia, os sofrimentos, as angústias, os medos e, às vezes, o cansaço de lutar pela vida repercutem-se naqueles que estão mais próximos, podendo eles também partilharem estes sentimentos. Daí ser importante perceber como é sentida a cronicidade da doença por parte da família (Rolland, 1995).

Acredito que as reações dos familiares variem mediante características socioeconómicas e culturais (Rolland, 1995), no entanto, considero que, enquanto enfermeiros, podemos ser facilitadores na aceitação da doença e na prevenção da exacerbação da doença. Na UCIR, o familiar/pessoa significativa é incluída no ensino, por exemplo, da utilização dos aerossóis, da utilização dos aparelhos de ventilação não invasiva, da utilização da oxigenoterapia domiciliária, aspeto que contribuí, no meu ponto de vista, não só para integração da família nos cuidados mas também, para a consciencialização da cronicidade da doença por parte do doente e da sua família.

Os enfermeiros devem ter consciência que esta preparação exige tempo suficiente para uma gradual incorporação de novas responsabilidades e implementação de novas competências, sendo que, com a consecução destes objetivos, a educação surge como um meio privilegiado para possibilitar a preparação dos clientes para as suas transições (Schumacher & Meleis, 1994).

Sem dúvida que este foi um estágio que me permitiu prestar a atenção particular ao outro através de todas aquelas “pequenas coisas” que constituem os cuidados de enfermagem (Hesbeen, 2000). Adaptei-me a este serviço sem grandes dificuldades. Fui acolhida de forma calorosa! A equipa (multidisciplinar) é de uma simpatia e disponibilidade ímpar!

A transplantação pulmonar era para toda a equipa um tema particularmente familiar, não só por terem já tido a oportunidade de cuidar de doentes inscritos em lista de espera, mas também, porque muito recentemente teriam assistido a uma sessão de sensibilização sobre o tema, efetuada por uma colega de mestrado. Acabei por, em comum acordo com a enfermeira tutora e os enfermeiros do serviço responsáveis pela formação, transformar a sessão de sensibilização que tinha proposto, em momentos de partilha de experiências de cuidar da pessoa com pneumopatia. A verdade é que, as ações de formação são por vezes variadas e numerosas podendo perder-se o fio condutor, pois nem sempre se inscrevem num projeto coerente para os elementos do serviço (Hesbeen, 2000). Naquele momento,

a sessão por mim proposta, não se inscrevia no projeto deste serviço. Faço uma avaliação muito positiva destas conversas informais. Permitiram-me discutir com outros profissionais as situações de vida que encontrámos, assim como, partilhar a prática de cuidados dos profissionais que cuidam da pessoa transplantada, refletindo sobre ela.

No final do estágio, fica uma sensação muito boa! Há sobretudo ganhos como resultado de competências que aprofundei, outras que desenvolvi, face às experiências significativas vividas e partilhadas diariamente com a enfermeira tutora. Foi muito gratificante ser acompanhada por uma tutora tão humana, tão competente, tão intuitiva e, talvez possa dizer, tão perita (Benner, 2001) na prestação de cuidados de enfermagem, e que ainda assim, me encarou como igual. Sem dúvida que, as partilhas com a professora orientadora foram fundamentais para perceber o impacto das situações vivenciadas na minha aprendizagem, no meu cuidar enquanto enfermeira.

Não podemos ser definidos apenas pelas nossas habilidades inatas, nem somente pelo nosso comportamento, é a ligação dos dois que nos define. Aquilo que somos é definido também pelo sítio em que estamos e por aquilo em que acreditamos. Prestar cuidados em contexto de cuidados intensivos continua a ser um bocadinho aquilo de que sou feita, com orgulho.

3.2. Unidade de Cuidados Intensivos Cirurgia Cardiotorácica

De um conjunto de visitas a campo e de dois grandes estágios decorria o principal objetivo de perceber qual o acompanhamento que é dado, quer à pessoa com pneumopatia a aguardar transplante, quer à pessoa transplantada pulmonar em Portugal e em Espanha. Depois disso, voltar à Unidade onde exerço funções com o desejo de partilhar com a equipa as aprendizagens feitas, fazer propostas de melhoria e dar resposta a um conjunto de necessidades sentidas pela equipa de enfermagem retratadas num diagnóstico de necessidades²⁰ de formação realizado (e gentilmente cedido por uma colega de mestrado a trabalhar o mesmo tema).

Reportando-me ao diagnóstico de necessidades foi exequível dar início a um projeto de formação em serviço direcionada para os enfermeiros. Cuidar destes doentes desde o período pós-operatório requer que o enfermeiro desenvolva

²⁰ APÊNDICE XII – Diagnóstico de necessidades de formação da UCI de Cirurgia Cardiotorácica

competências no sentido de melhor preparar o doente/família para a alta. Foi-nos possível, em conjunto com a enfermeira chefe do serviço, preparar uma sessão de sensibilização²¹ direcionada para o regime medicamentoso da pessoa transplantada pulmonar, parte integrante de um projeto de EPS, a realizar posteriormente.

O enfermeiro especialista responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, na área da especialidade (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro). Dessa competência nasce o desejo de, juntamente com a minha colega de Mestrado, organizarmos um momento de reflexão na área da transplantação pulmonar que respondesse não só às necessidades sentidas pelos colegas de trabalho, mas também nos permitisse partilhar as aprendizagens feitas num tema comum às duas. Pretendíamos que o momento de reflexão permitisse *“ao profissional alargar os seus horizontes e melhorar a sua capacidade de ir ao encontro do beneficiário de cuidados e de caminhar com ele e (...) desenvolver ou atualizar competências técnicas ou instrumentais”* (Hesbeen, 2000, p.139). Refinados os interesses de uma e outra, partilhada a ideia com a professora orientadora, o momento de reflexão deu lugar a um *workshop* sobre transplantação pulmonar²². E começou aqui um grande desafio! Escolher a data, apresentar a ideia aos responsáveis dos diferentes serviços, pedir autorização²³ para a realização do *workshop*, requisitar apoio logístico (anfiteatro, material informático, salas de apoio) e administrativo. Foi um caminho duro de percorrer. Com mais dificuldades do que alguma vez esperaríamos. A grande dificuldade foi em fazer cumprir um programa projetado por nós. Ao apresentarmos a ideia aos responsáveis dos serviços (médicos e enfermeiros), sempre nos sugeriam substituir um ou outro tema, um ou outro orador, sem nenhuma preocupação com os nossos objetivos académicos. Senti que, teríamos de lutar pelos nossos objetivos. Fazer compreender que eramos duas enfermeiras que exercem funções num hospital, mas acima de tudo, no âmbito de um mestrado em Enfermagem, ambicionávamos responder a um conjunto de objetivos comuns, independentemente de haver muitos mais temas passíveis de ser partilhados, com igual ou maior importância. Depois de muita dedicação para que tudo corresse pelo melhor, o grande dia chegou!

²¹ APÊNDICE XIV – Sessão de sensibilização- Transplante pulmonar: Cuidados de enfermagem

²² APÊNDICE XV – Programa do *workshop* de transplantação pulmonar

²³ ANEXO IV – Autorização para realização do *workshop* de transplantação pulmonar

Uma pequena sessão de abertura justificou a pertinência dos temas fazendo a ligação aos projetos académicos, só possível, graças à disponibilidade dos responsáveis do serviço e da instituição hospitalar. Uma palavra de louvor para o trabalho da equipa que cuida da pessoa transplantada pulmonar, trabalho nobre que nos reunia ali para este dia de partilhas.

Na primeira parte da manhã foi possível assistir a apresentações que, deram a conhecer o programa de transplantação pulmonar, revelaram o papel do enfermeiro na referenciação e acolhimento do doente/família em lista para transplante bem como os cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato do doente/família submetido a transplante pulmonar. Sem dúvida que conhecer o passado ajuda a entender o presente e permite melhor preparar o futuro.

Na segunda parte da manhã associaram-se os temas qualidade de vida e transplante pulmonar, com a presença da enfermeira responsável pela Unidade de Reeducação Funcional Respiratória e de uma psicóloga.

Desde que iniciei o meu projeto, fui encontrando profissionais que o enriqueceram com o seu trabalho, e esta era a oportunidade, para partilhar as aprendizagens que tinha feito com eles. Tive a possibilidade de visitar serviços de Pneumologia de diferentes hospitais, em Lisboa e em Madrid, com consulta médica e de enfermagem. Os contributos das visitas a estes locais, de excelência nesta área de intervenção, foram muitos. Participei em consultas direcionadas para doentes com fibrose quística (um dos diagnósticos com indicação para transplante pulmonar), direcionadas para pessoas que aguardam entrar em lista de espera para transplante pulmonar, e direcionadas para transplantados pulmonares. O acompanhamento que é feito ao doente/família com fibrose quística, por Pneumologistas e por enfermeiros (especialistas em Enfermagem de Reabilitação) é exemplar. Por ser uma doença hereditária, as pessoas com fibrose quística são, geralmente, muito jovens e com grande conhecimento sobre a sua patologia. O enfermeiro que cuida deste doente/família realiza uma breve colheita de dados²⁴ onde percebe as alterações desde da última visita e estabelece um plano de EPS. São abordados aspetos como, a utilização e manutenção de nebulizadores muito utilizados por estes doentes, ensino e realização de exercícios de cinesiterapia

²⁴ ANEXO III – Folha de registo de enfermagem na Unidade de Reeducação Funcional Respiratória

respiratória, entre outras. É avaliada a necessidade de encaminhamento para dietista ou psicóloga. Há um trabalho de equipa muito presente.

No *workshop* foi possível conhecer esta realidade, por intermédio da enfermeira responsável da Unidade de Reeducação Funcional Respiratória. Com as suas palavras pudemos perceber quais as dificuldades que vivenciam, os conhecimentos que construíram sobre a sua doença. Ao conhecer este doente e família antes do transplante pulmonar podemos, no meu ponto de vista, contribuir para uma efetiva continuidade e consequente a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa transplantada pulmonar.

No início do ano passado, quando comecei a minha pesquisa bibliográfica na área da transplantação pulmonar, encontrei uma autora portuguesa (Edite Tavares) com várias publicações sobre transplantação que me serviram de suporte. A psicóloga, na sua dissertação de Mestrado, estuda a qualidade de vida do doente transplantado pulmonar. Conhecer os resultados desse estudo, que retrata os sentimentos e vivências dos doentes antes e depois do transplante, foi uma mais-valia para o meu percurso académico. O *workshop* tornou possível a partilha desses resultados com a equipa multidisciplinar, pela voz da própria autora, o que foi muito enriquecedor e gratificante. A acrescentar aos resultados da sua tese, a psicóloga surpreende a sala, ao falar na primeira pessoa, enquanto transplantada pulmonar, que acaba por dar autenticidade aos achados²⁵.

A parte da tarde foi dedicada ao desenvolvimento de competências para melhor cuidar do doente/família transplantado pulmonar. Aspetos como, saber como a técnica cirúrgica pode influenciar os cuidados a prestar no pós-operatório, integrar os cuidados associados à reabilitação pulmonar e realçar os cuidados de enfermagem na gestão da dor ou na prevenção da pneumonia associada à ventilação, foram parte integrante deste programa.

O dia terminou com uma sessão prática em VNI suportada por profissionais do serviço de Pneumologia, peritos na área, e com a colaboração de profissionais de uma empresa responsável pela VNI no centro hospitalar. Esta era uma das áreas em que os enfermeiros diagnosticaram necessidades de formação. Em contexto de estágio, tanto eu como a minha colega tínhamos percecionado as grandes

²⁵ ANEXO V – Preleção de Edite Tavares no âmbito da mesa ‘Qualidade de vida e transplante pulmonar’ com o tema: **Transplantação Pulmonar: Como se sobrevive a uma morte anunciada?**

vantagens da sua utilização em Unidades de Cuidados Intensivos. Com esta sessão prática, tivemos associada à componente teórica a possibilidade de praticar com o material disponível no centro hospitalar, dar atenção às diferentes opções e conhecer algumas novidades que podem ser utilizadas na pessoa com insuficiência respiratória.

O *workshop* recebeu críticas muito positivas. Dos muitos participantes (mais de 100) neste momento de reflexão, alguns responderam a um questionário²⁶ de satisfação que nos permitiu perceber que, para a maioria dos inquiridos²⁷, de uma forma global o *workshop* agradou e foi uma mais-valia para o desempenho profissional. Houve ainda quem congratulasse a excelente organização e ansiasse por um novo *workshop* sobre o mesmo tema. Quem sabe, não voltaremos a repetir?

Sem dúvida que, o programa só foi cumprido graças ao excelente profissionalismo de todos que, à prática diária acrescentaram novas tendências face à evidência disponível e mais recente, que se traduzem em melhoria de cuidados para este doente e família.

Foi um notável trabalho de equipa que, começou por ser um desejo de duas colegas, e resultou num grande momento de partilha de todos os profissionais que trabalham diariamente com o doente/família transplantado pulmonar.

²⁶ APÊNDICE XVI - Questionário de avaliação do *workshop* de transplantação pulmonar

²⁷ APÊNDICE XVII - Resultados do questionário de avaliação do *workshop* de transplantação pulmonar

CONCLUSÃO

Com o Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Pessoa em Situação Crítica surge um projeto pessoal de desenvolvimento de competências para a prática de enfermagem avançada à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, que direcionei para os cuidados de enfermagem especializados à pessoa transplantada pulmonar.

A transplantação pulmonar é uma atividade em expansão. Ela assume uma elevada importância para o doente, uma vez que é encarada como a única forma de conseguir alguma qualidade de vida. Tem subjacente o trabalho de uma equipa multidisciplinar com uma prática potenciadora e promotora de desenvolvimento pessoal, profissional e organizacional. Requer cuidados de enfermagem de elevada complexidade, exigindo dos profissionais conhecimentos e habilidades específicas para promover o cuidado individualizado e competente.

Cuidar da pessoa transplantada pulmonar é desafiante, pelo que estabeleci como objetivo geral para este estágio, aprofundar competências de enfermagem especializadas na área do doente crítico com doença pulmonar, em contextos de Cuidados Intensivos e Urgência.

De um conjunto de visitas a campo e duas grandes etapas de aprendizagem surge este relatório de estágio que visa revelar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, suportado nos Descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação (Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março), no plano de estudos deste curso de mestrado e nas competências comuns (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro) e específicas (Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro) do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros.

Retomar os percursos percorridos é revisitar o quadro teórico que me permitiu dar sentido a um projeto individual, é revisitar os locais por onde passei, os profissionais com que me cruzei, os doentes e família que cuidei, é enfrentar as dificuldades, é refletir sobre tudo isto, e salvaguardar as competências que aprofundei e desenvolvi, sublinhando no final, a contribuição para uma melhoria na continuidade e na prestação de cuidados de enfermagem ao doente/família transplantado pulmonar.

Cuidar da pessoa com pneumopatia do SU foi um dos maiores desafios por que passei. Tendo como referência o Modelo de Dreyfus aplicado à enfermagem por Patrícia Benner (2001), senti-me como **iniciada**, perante uma realidade com contextos tão ambivalentes. Houve momentos de ansiedade por estar a sair da minha zona de conforto, os Cuidados Intensivos. Fui recuperando o controlo, suportada na minha experiência profissional, e à medida que as situações reais me faziam desenvolver uma prática reflexiva mais consistente com o desenvolvimento de competências especializadas. A principal dificuldade prendeu-se com a adaptação a métodos de trabalho diferenciados, que mobilizam conhecimentos de várias áreas. Fui refletindo sobre a melhor forma de atuação perante situações inesperadas e que necessitavam de grande ponderação da minha parte. Fui tornando a minha prática mais competente. Afinal é isso que caracteriza o enfermeiro no SU, a capacidade de uma prática refletida, uma tomada de decisão ponderada, uma atuação rápida, eficaz e sempre, fundamentada. Pude acompanhar a pessoa com pneumopatia, que agudiza e recorre ao SU, para ver estabilizada a sua doença crónica e incluir a família ou cuidador como parceiros de cuidados, contribuindo para a personalização de cuidados a este doente. Tive ainda oportunidade de, aproveitando a minha experiência profissional, dar forma a algumas das competências do enfermeiro especialista com sessões de sensibilização direcionadas para a equipa de enfermagem, com objetivo último da melhoria dos cuidados prestados ao doente crítico. Importa referir que a integração de competências, saberes e atitudes, que resultaram das experiências significativas vivenciadas ficou enriquecida, muito graças às partilhas e reflexões com a professora orientadora, tão essenciais para mim, neste contexto de aprendizagem.

Estagiar em contexto de cuidados intensivos, não constituiu por si só uma dificuldade. Tendo em conta o meu gosto pessoal e profissional, todo o trabalho desenvolvido no decorrer do estágio, teve como objetivo o desenvolvimento a nível de **proficiente** (Benner, 2001), permitindo-me desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa com pneumopatia. Cuidar da pessoa com pneumopatia na UCIR, permitiu-me aprofundar competências na prestação de cuidados ao doente com pneumopatia submetido a ventilação invasiva, tendo em conta que, à experiência que já tinha, acrescentei a pesquisa de evidências científicas e reflexões partilhadas com a enfermeira tutora e a professora. Mas acima de tudo, permitiu-me desenvolver competências na prestação de

cuidados à pessoa com doença pulmonar crónica quando submetido a VNI. A grande mais-valia deste contexto foi perceber que a intervenção de enfermagem não centraliza a sua atenção nas manifestações clínicas presentes, mas tem em consideração o doente enquanto ser humano, os seus valores pessoais, a sua cultura, aspetos externos à doença que fazem despoletar os sintomas, ou seja, tem em consideração a subjetividade da pessoa inserida no âmbito global da sua pneumopatia. A família/pessoa significativa integra o plano de cuidados, sendo muitas vezes essencial na recuperação ou estabilização do doente. Aspetos que, no meu ponto de vista, podem passar despercebidos quando cuidamos destes doentes numa UCI cirúrgica, após o transplante pulmonar, com o restabelecimento da saúde como meta muito presente.

Na fase final do estágio, a realização de um *workshop* sobre transplantação pulmonar, constituiu o ponto final da componente formativa a que me propus. Sendo o trabalho da equipa multidisciplinar imprescindível, selecionamos alguns temas apresentados por profissionais que a integram, e outros por profissionais que se cruzaram neste percurso de aquisição de competências. Foi uma excelente forma de vermos abordados aspetos fundamentais, atuais e com evidência científica, enquanto momento de partilha e enriquecimento para todos, fomentando assim a melhoria contínua da prática dos cuidados prestados à pessoa transplantada pulmonar. Desta partilha multidisciplinar resultou ainda um desejo comum de introduzir um questionário de avaliação da qualidade de vida destes doentes, num futuro próximo.

Perceber como é feito esse acompanhamento, antes e depois do transplante e de que forma pode o enfermeiro, contribuir para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas e das suas famílias, bem como ser facilitador das transições que experienciam, foram os objetivos que me orientaram ao longo deste percurso de aquisição de competências.

Este acompanhamento baseia-se na facilitação das transições dos doentes e das famílias, devendo a enfermagem centrar a sua atenção no processo e nas experiências dos seres humanos em transição, onde a saúde e o bem-estar são percebidos como resultados (Meleis & Trangenstein, 1994). Há a preocupação da equipa multidisciplinar em contribuir para que a transição saúde-doença, de que nos fala Meleis (2010), seja feita da melhor forma possível, para que a pessoa faça deste

tratamento cirúrgico o seu projeto de vida, e possa assim, dar mais qualidade à sua vida.

Por fim, ao olhar para trás, valorizo não só as aprendizagens que fiz nos contextos de estágio por onde passei, mas também, as aprendizagens que fiz na sala de aula, a partilha com colegas que cuidam da pessoa em situação crítica em áreas tão distintas, a essencial procura de uma prática baseada na evidência, a motivação para uma prática refletida e a sustentação dessa prática em referenciais teóricos de Enfermagem.

Poder academicamente desenvolver competências na área da pessoa transplantada pulmonar permitiu-me juntar o meu gosto pessoal a um projeto profissional com a maior satisfação, e foi uma grande mais-valia. Ainda que, tivessem existido momentos em que foi necessário trazer à memória esse gosto pessoal para superar os desafios pessoais, profissionais e académicos com que me deparava. Foi sem dúvida muito exigente!

O facto da transplantação pulmonar existir em Portugal apenas há alguns anos, compromete a escolha de publicações em língua Portuguesa. Considero ser limitador, recorrer a autores secundários, salvaguardo no entanto, que isso acontece sempre que me foi impossível aceder à publicação original.

Sem dúvida que, este curso de mestrado me permitiu conhecer outras realidades, em Portugal e em Espanha, me permite ser vetor de conhecimentos sobre a realidade do doente transplantado pulmonar nos sítios por onde fui passando, me permite contribuir para a reflexão interdisciplinar a nível institucional no meu contexto de trabalho e no final, me permite cuidar do doente/família transplantado pulmonar de forma mais competente e holística, mais especializada.

BIBLIOGRAFIA

- Aehlert, B. (2013). *ACLS - Suporte Avançado de Vida em Cardiologia: Emergências em Cardiologia*. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Alarcão, I. & Tavares, J. (2003). *Supervisão da Prática Pedagógica, uma perspectiva dedesenvolvimento e aprendizagem*. 2ª Edição. Coimbra: Livraria Almedina.
- André, S. & Correia, J. (2008). Ventilação Não Invasiva: utilização em Unidade de Cuidados Intensivos. In: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (Ed). *Temas em Medicina Intensiva* (45-52). Lisboa: UCIP, Hospital de Egas Moniz.
- Baert, C.; Cocula, N.; Delran, J.; Faubel, E.; Foucaud, C. & Martins, V. (2000). Étude comparative des besoins des patients transplantés ou en attente d'une transplantation d'organes et des représentations que se font les infirmières de ces besoins. *Recherche en soins infirmiers*, 63, 26-51.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Lisboa: Quarteto editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P. & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care. A thinking-in-Action Approach*. 2ª Edição. New York: Springer Publishing Company.
- Brunelli, A. (Ed) (2012). *Patient perspectives in pulmonary surgery, an issue of thoracic surgery clinics*. 4ª Edição. Vol. 22. Elsevier Health Sciences.
- Camargo, J. (2003). Simpósio sobre transplantes: Transplante Pulmonar. *Revista AMRIGS* 47 (1), 7-13.
- Centers for Disease Control and Prevention (2002). Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. *MMWR*, RR16 (51), 1-48.
- Chick, N. & Meleis, A. (1986). *Transitions: a nursing concern. Nursing research Methodology: Issues and implementation*. Rockville: Aspen.
- Christie, J. *et al.* (2012). The Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: Twenty-ninth Adult Lung and Heart-Lung transplant Report – 2012. *The Journal of the Heart and Lung Transplantation*. Disponível em: <http://www.jhltonline.org>.
- Circular normativa nº 13 DQS/DSD de 14 de Junho (2010). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Direcção-Geral de Saúde (14-06-2010).

- Cohen, L., Littlefield C., Kelly, P., Maurer J. & Abbey S. (1998). Predictors of quality of life and adjustment after lung transplantation. *Chest*. 113, 633-644.
- Costa, M. & Silva, M. (2004). Tendências da temática qualidade de vida na produção científica de Enfermagem. *Rev. Bras. Enferm. Brasília*. 57 (2). 208-211.
- Craig, J. & Smyth, R. (Eds.). (2004). *Prática Baseada na Evidência – Manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- D'Império, F. (2006). Transplante de Pulmão: cuidados pós-operatórios. *Pulmão RJ*. 15(4), 262-269.
- Decreto- Lei nº 74/2006 de 24 de Março (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 13.º a 15.º da Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro, bem como o disposto no n.º 4 do artigo 16.º da Lei n.º 37/2003, de 22 de Agosto. Diário da República I Série, nº 60 (24-03-2006) 2242-2257.
- Despacho nº 5414/2008 de 28 de Fevereiro (2008). Define e classifica os serviços de urgência que constituem os pontos da rede de referência urgência/emergência. Diário da República II Série, nº42 (28-02-2008) 8083-8085.
- Diogo, C. (2008). *Impacto da relação cidadão-sistema de triagem de Manchester na requalificação das urgências do SNS*. ISCTE. Tese de Mestrado. Lisboa.
- Direcção-Geral de Saúde (2001). *Rede de referência hospitalar de Urgência/Emergência*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Directiva 2004/23/CE de 31 de Março (2004). Estabelecimento de normas de qualidade e segurança em relação à dádova, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de tecidos e células de origem humana. Parlamento Europeu e Conselho da União Europeia. Jornal Oficial da União Europeia L102 (7-4-2004) 48-58.
- Directiva 2010/45/UE de 7 de Julho (2010). Normas de qualidade e segurança dos órgãos humanos destinados a transplantação. Parlamento Europeu e Conselho da União Europeia. Jornal Oficial da União Europeia L102 (6-8-2010) 14-29.
- Domenico, E. & Ide, C. (2003). Enfermagem baseada em Evidências: princípios e aplicabilidades. *Revista Latino-am Enfermagem*. 11(1), 115-118.
- Espinosa, M., Rodil, R., Goikoetxea, M., Zulueta, J. & Seijo, L. (2006). Trasplante pulmonar. *An. Sist. Sanit. Navar*. 29 (2), 105-112.

- Ferreira, F. *et al* (2008). Sala de emergência: análise e avaliação de um modelo orgânico funcional. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 27(7-8). 889-990.
- Fortin, M. (2000) *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures:Lusociência.
- Fragata, J. (Coord) (2009) *Procedimentos em Cirurgia Cardiotorácica*. Lisboa: Lidel.
- Frankel, A. (2008) Applying theory to practice through clinical supervision. *Nursing Times*. 104 (30), 30-31. Acedido em: 13-09-2013. Disponível em: <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice/clinical-zones/management/applying-theory-to-practice-through-clinical-supervision/1744737.article>.
- Gross, C., Savik, K., Bolman, R. & Hertz, M. (1995). Long-term health status and quality of life outcomes of lung transplant recipients. *Chest*. 108, 1587-1593.
- Grupo Português de Triagem (2002). *Triagem no serviço de Urgência- Manual do formando*. 2^a Edição. Lisboa: BMJ Publishing Group.
- Hesbeen, W. (2001) *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Honoré, B. (1990). *Sens de la formation, sens de l'être. Un chemin avec Heidegger*. Paris: l'Harmattan.
- Im, E. & Meleis, A. (1999) Situation-specific theories: philosophical roots, properties and approach. *Advances in Nursing Science*. 2 (22), 11-24.
- ISHLT. *The International Society for Heart and Lung Transplantation*. Disponível em: <http://www.isHLT.org/>
- Jalowiec, A. *et al* (1994). Stressors in patients: awaiting a heart transplant. *Behavioral Medicine*. 19, 145-154.
- Lanuza, D. & McCabe, M. (2001). Care before and after lung transplant and quality of life research. *AACN Clinical Issues*. 12(2) 186-201.
- Lanuza, D., Lefaiver, C., McCabe M., Farcas, G. & Garrity Jr, E. (2000). Prospective study of functional status and quality of life before and after lung transplantation. *Chest*. 118, 115-122.
- Lei nº 12/93 de 22 de Abril (1993). Regulamenta a colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana. Cria o Registo Nacional de Não Dadores (RENDA). Diário da República I Série - A, n.º 94 (22-04-93) 1961-1963.

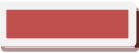

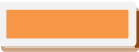
- Lobo, F., Gross, C. & Matthees, B. (2004). Estimation and comparison of derived preference scores from the SF-36 in lung transplant patients. *Quality of life Research*. 13, 377-388.
- Lopes, C. (2005) O pneumologista face ao transplante pulmonar. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 2 (XI), 10-30.
- MacNaughton, K., Rodrigue, J., Cicale M. & Staples, E. (1998). Health-related quality of life and symptom frequency before and after lung transplantation. *Clin Transplant*. 12, 320-323.
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994) Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nurs Outlook*. 42, 255-259.
- Meleis, A. (Ed) (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger M. Schumacher, K. (2000) Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23 (1), 12-28.
- Mendes, A., Henriques, E., Pereira, M. & Domingos, M. (2011). Os jornais de aprendizagem em contexto de Ensino clínico: subsídio para a aprendizagem do cuidado de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. 1(III), 187.
- Meyer, S. et al (1996). Postoperative care of the lung transplant recipient. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 8(3), 239-252.
- Munro, C. (2010). The lady with the lamp illuminates critical care today. *American Journal of Critical Care*. 19 (4), 315-317.
- Myaskovsky, L., Dew, M., McNulty, M., Switzer, G., DiMartini, A., Kormos, R. & McCurry, K. (2006). Trajectories of change in quality of life in 12-month survivors of lung or heart transplant. *American Journal of Transplantation*. 6, 1939-1947.
- Neves, M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários-Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. 8 (III), 125-134.
- Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (Coord.) (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Nunes, M. & Luz, P. (1998) Transplantações: direitos e responsabilidades de cada um. *Enfermagem em Foco*. VIII (31), 18-21.

- Orens, J. & Garrity, E. (2009). General over view of Lung Transplantation and Review of Organ Allocation. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 6, 13-19.
- Pombo, D. & Guerreiro, M. (2006). O cuidado de enfermagem ao doente submetido a transplantação pulmonar: fatores intervenientes na adesão terapêutica. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. 8, 41-45.
- Queirós, A. (1999). *Empatia e respeito*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República 2ª Série, nº 35 (18-02-2011) 8648-8653.
- Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Diário da República 2ª Série, nº 35 (18-02-2011) 8656-8657.
- Rolland, J. (1995). Doença crónica e o ciclo de vida familiar. In: Carter, B. & McGoldrick, M. (Org). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (373-392). 2ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rutherford, R., Fisher, A. Hilton, C., Forty, J., Hasan, A., Gould, F., Dark, J. & Corris, P. (2005). Functional status and quality of life in patients surviving 10 years after lung transplantation. *American Journal of Transplantation*. 5, 1099-1104.
- Santana, M., Feeny, D., Jackson, K., Weinkauf, J. & Lien, D. (2009) Improvement in health-related quality of life after lung transplantation. *Can Respir J*, 5 (16), 153-158.
- Schumacher, K. & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*. 2 (26), 119-127.
- Studer, S., Levy R., McNeil, K. & Orens J. (2004). Lung transplant outcomes: a review of survival, graft function, physiology, health-related quality of life and cost-effectiveness. *Eur Respir J*, 24, 674-685.
- Tavares, E. (2003). *Transplantação pulmonar: como se sobrevive a uma morte 'anunciada'?*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Dissertação de Mestrado. Lisboa.
- Tavares, E. (2004). A vida depois da vida: Reabilitação psicológica e social na transplantação de órgãos. *Análise Psicológica*, 4(XXII), 765-777.
- TenVergert E., Essink-Bot, M., Geertsma, A., van Enkevort, P., de Boer, W. & van der Bij, W. (1998). The effect of lung transplantation on health-related quality of life: a longitudinal study. *Chest*. 113, 358-364.

- Torres, M. & Reis, B. (2002). O papel do enfermeiro na triagem dos utentes no Serviço de Urgência. *Revista Sinais Vitais*, 40, 29-32.
- Trentini, M.; Silva, D.; Martins C.; António, M.; Tomaz, C. & Duarte, R. (1990). Qualidade de vida dos indivíduos com doenças cardiovasculares crónicas e diabetes mellitus. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2 (11), 20-27.
- Urden, L., Stacy, K. & Lough, M. (Eds) (2008). *Thelan's Enfermagem em Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. 5ª Edição. Camarate: Lusodidacta.
- Wood, D. & Raghu, G. (1996). Lung transplantation. Part I. Indications and operative management. *West J Med*, 165, 355-363.
- World Health Organization (2009). *Guidelines on hand hygiene in health care*. Geneva: WHO.
- Zagonel, I. (1999). O cuidado humano transicional na trajectória de enfermagem. *Ver.latino-am.enfermagem*, 7 (3), 25-32.

APÊNDICE I

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

	Estágio no SU ¹
	Estágio na UCIR ¹
	Estágio na UCICCT ¹

ANOS		2012												2013											
MESES		Outubro			Novembro			Dezembro			Janeiro			Fevereiro			Mar								
DIAS		1	8	15	22	29	5	12	19	26	3*	10	17	20	3	7	14	21	28	4	11	18	25	4	
		5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	19		2	4	11	18	25	1	8	15	22	1	
Estágio com Relatório		<div></div>						<div></div>						F E R I A S N A T T A L										<div></div>	
		Pessoa em Situação Crítica						e l f e s s e m																	

APÊNDICE II

**OBJETIVOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER EM CONTEXTO DE
ESTÁGIO NO SU**

Atividades a desenvolver em contexto de estágio no Serviço de Urgência

Apresento objetivo e atividades a desenvolver no serviço de Urgência ao doente e família com insuficiência respiratória crítica, crónica ou agudizada.

Objetivo 1: Aprofundar competências de enfermagem especializadas na área do doente crónico com pneumopatia e a sua família que agudiza e recorre ao serviço de Urgência.

Objetivos específicos:

- Conhecer a instituição/serviço de Urgência
- Compreender a articulação do SU com outros serviços internos e externos ao Hospital.
- Conhecer a equipa multidisciplinar em particular a equipa de enfermagem.
- Prestar cuidados de enfermagem ao doente crónico com pneumopatia e a sua família.
- Planear/executar uma ação de sensibilização para os enfermeiros do SU na área de:
 - “Cuidados de enfermagem ao doente com drenagem torácica”
 - ”Higienização das mãos: melhoria de um indicador de qualidade de cuidados de enfermagem”.
- Realizar um Jornal de aprendizagem sobre uma ou várias situações vividas em contexto prático.

Atividades/Estratégias:

- Reunião e visita guiada com a Enfermeira Chefe/Enfermeiro Orientador,
- Consulta de normas e procedimentos, protocolos, regulamentos e modelos em uso na instituição/serviço, para me aperceber da sua dinâmica;
- Observação do funcionamento e organização do serviço, nomeadamente: conhecer o circuito de atendimento do doente/família, a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem, o processo de articulação com outros serviços ou instituições, as rotinas instituídas;
- Identificação e localização do diverso equipamento clínico existente no serviço;
- Pesquisa Bibliográfica;
- Integração na equipa de enfermagem e multidisciplinar, de forma a compreender a sua dinâmica;
- Observação da intervenção do enfermeiro orientador, o que permitirá efetuar uma análise crítica e reflexiva sobre a mesma;
- Identificação e planeamento dos cuidados de enfermagem individualizados e diferenciados ao doente e família;
- Avaliação da evolução do estado clínico do doente, de forma a reformular o plano de cuidados previamente estabelecido;
- Elaboração de registos de enfermagem, o que permite dar continuidade aos cuidados prestados e formalizar a integração na equipa;
- Disponibilidade para novas situações de aprendizagem, para aquisição de novas competências;

- Reflexão sobre as intervenções realizadas no âmbito da prestação de cuidados e as funções do Enfermeiro Especialista, no sentido de enriquecer o meu processo de aprendizagem e melhorar a qualidade da prestação dos cuidados ao doente crítico e família, sob a forma de um Jornal de aprendizagem.

Competências:

- Gerir e interpretar informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós graduada;
- Manter, de forma contínua e autónoma, o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;
- Demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos na área da Enfermagem pessoa em Situação Crítica;
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o doente e família;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente e família;
- Perceber o papel do enfermeiro no acompanhamento do doente com pneumopatia terminal e sua família num Serviço de Urgência;
- Refletir a e sobre a prática, de forma crítica;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao doente, segundo uma perspetiva profissional avançada;
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas;
- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente;
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas;
- Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação, no relacionamento com o doente de médio e alto risco e família;
- Demonstrar conhecimentos sobre Ventilação invasiva e não invasiva e técnicas de desmame ventilatório em doentes com pneumopatia terminal agudizada.
- Demonstrar capacidade de trabalhar na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- Tomar iniciativas e ser criativa na interpretação e resolução de problemas.

APÊNDICE III

JORNAL DE APRENDIZAGEM: PRÁTICA REFLEXIVA E CICLO DE
GIBBS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO

Jornal de aprendizagem

A prática de cuidados de Enfermagem que envolve a pessoa em situação crítica em contextos de cuidados críticos em urgência/emergência, exige do enfermeiro conhecimentos e competências para fazer face à grande diversidade de situações que põe em risco a vida da pessoa, bem como exige que ele mobilize esses mesmos conhecimentos e competências para suportar a sua tomada de decisão e as suas intervenções autónomas, no sentido da melhor qualidade de cuidados prestada à pessoa e à sua família.

Neste longo caminho, vamos suportando a nossa atuação numa Prática baseada na Evidência (PBE), colocamos a reflexão e a nossa atividade profissional diária lado a lado, e potenciamos assim, a qualidade das nossas intervenções de enfermagem.

Santos & Fernandes (2004, p.60) citando Pereira (1995) lembram que *“a reflexão sobre as práticas tem como objetivos aumentar a confiança de cada estudante/profissional no seu desempenho; melhorar a aptidão para fazer certo à primeira vez, da próxima vez; abordar a enfermagem de modo mais crítico, intencional e sistemático e obter conhecimentos adicionais a partir das experiências práticas.*

No âmbito da Unidade curricular Estágio com relatório, pretendo através deste documento, reforçar as minhas competências reflexivas sobre a minha prática de cuidados de enfermagem no serviço de Urgência tendo presente o meu desenho de projeto. Dada a articulação destas unidades curriculares, importa referir que no meu desenho de projeto me proponho a reforçar competências na área de prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente crónico com pneumopatia terminal e sua família, com vista não só à melhoria dos cuidados prestados mas também à melhoria da sua qualidade de vida.

O serviço de urgência onde me encontro a fazer parte do meu grande estágio, é um serviço de urgência polivalente (SUP).

O SUP é o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência-emergência, estando situado em regra num hospital geral central ou centro hospitalar. Para além de todos os recursos do serviço de urgência médico-cirúrgica, este dispõe das valências de gastroenterologia, cardiologia de intervenção, cirurgia cardiorácica, cirurgia plástica e reconstrutiva, cirurgia vascular, neurocirurgia, imagiologia com angiografia digital e RMN e patologia clínica com toxicologia. Garante ainda a articulação com as urgências de pediatria, obstetrícia e psiquiatria segundo as respetivas redes de referenciação como preconiza o despacho de 12 de Setembro de 2006 emitido pelo Ministério da Saúde.

Desde 1979, com a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), que a rede de urgências tem vindo a expandir-se. No entanto, por múltiplas razões, talvez devido à ineficácia dos Cuidados de Saúde Primários e, à inexistência de uma rede eficaz de Cuidados Continuados, os serviços de urgência têm vindo a tornar-se a principal porta de entrada para muitas pessoas ao SNS.

Desde 2001, a Direção Geral de Saúde (DGS) publica um documento que sustenta a rede de referência hospitalar de urgência e emergência. Até aos nossos dias, múltiplas tem sido as tentativas de requalificação da rede de urgências.

O atendimento urgente/emergente exige um sistema organizado e hierarquizado de prestação de cuidados, transporte e comunicação. Os grandes objetivos são a melhoria da qualidade de assistência urgente e emergente, da acessibilidade a estes cuidados, da equidade no acesso e da promoção da racionalização de recursos

O que continua a ser intemporal, é o facto de continuarem a dirigir-se ao serviço de urgência (SU), doentes considerados pelos protocolos de triagem de prioridades, emergentes, urgentes, pouco urgentes ou não urgentes. Estes últimos acabam por condicionar, por vezes, a verdadeira vocação do SU, a do atendimento ao doente urgente ou emergente.

È na triagem de prioridades que começa então, o trabalho do enfermeiro que exerce funções no SU. Passei por lá, num curto período. Trata-se de um sistema que respeita algoritmos, algoritmos que respondem ao grau de gravidade das queixas da pessoa que entra no SU.

O doente com pneumopatia recorre ao SU sempre que vê a sua doença crónica agudizar, sempre que há insuficiência respiratória que comprometa as suas atividades de vida diária.

Se na triagem de Manchester lhe for atribuída a cor laranja, trata-se de uma situação urgente pelo que o atendimento é feito de imediato nas salas de reanimação (diretos). Perante a insuficiência respiratória do doente e a manter-se o compromisso da ventilação e das trocas gasosas, esta sala representa apenas a antecâmara do serviço de Observação (SO). No SO o doente inicia muitas vezes, para além do tratamento médico, ventilação não invasiva.

Tive oportunidade de ficar alocada a esta sala e prestar cuidados a estes doentes.

As primeiras dificuldades sentidas foram no sentido de responder às necessidades dos doentes ali internados face a uma dinâmica muito diferente daquela que encontro diariamente no local onde exerço funções. A rotatividade dos doentes é muito grande, pelo que, pelas poucas 5 camas que estariam sobre a minha alçada passam um sem número de doentes. É muitas vezes, na minha opinião, difícil manter a qualidade dos cuidados que se espera do enfermeiro no SU. O processo de enfermagem encontra-se informatizado, com um sistema de registos (Alert®) que me era completamente desconhecido. A equipa multidisciplinar é constituída por inúmeros profissionais para mim desconhecidos, que servem de suporte à atividade do enfermeiro. Senti-me a perder o controlo quando, me ausentava da sala e ao meu regresso, os doentes que estariam sobre a minha responsabilidade já lá não estavam.

Fui recuperando o controlo pouco a pouco, sentindo-me mais enfermeira e menos aprendiz de enfermeira. É difícil assumirmos que a competência que nos é reconhecida na nossa realidade fica completamente invisível num novo ambiente.

As experiências foram tornando essa competência mais visível, mais credível, mais satisfatória. Cuidar no SO foi dos maiores desafios por que passei. Centrar-me nas minhas dificuldades

fez-me perder o contato com o doente e família. A cada turno a reflexão pessoal sobre o que ainda tinha para caminhar foi-me permitindo melhorar o caminho mas perceber que muito mais haveria a fazer.

Quando a cor atribuída na triagem é a amarela, o doente dirige-se à sala de tratamentos 3, sala que recebe na sua maioria os doentes do foro respiratório. Para além do enfermeiro, há sempre Pneumologistas de serviço. São os doentes com doença pulmonar crónica e as suas famílias, quem passa todos os dias por esta sala.

Aqui encontrei-me enquanto enfermeira. A relação de ajuda está presente. A equipa multidisciplinar é fixa, cria-se uma relação de parceria. A sala é de pequenas dimensões, acabando por aproximar os profissionais de saúde do doente. O cuidador é mais do que informal.

Face a tudo isto, sinto que, enquanto enfermeira a estagiar num serviço de urgência, tenho ainda de desenvolver competências para cuidar deste doente crítico num momento de descompensação da sua doença pulmonar crónica, e é sobre uma destas situações que pretendo refletir seguidamente recorrendo ao “*Ciclo reflexivo de Gibbs*” nas suas diferentes fases.

DESCRIÇÃO: O que aconteceu?

Diariamente muitos são os doentes que recorrem ao SU. Essa grande afluência pode repercutir-se de forma negativa no atendimento de doentes e família. O atendimento numa situação de urgência reveste-se de inúmeras dimensões que podem traduzir num momento marcante para os utilizadores destes serviços.

A verdade é que o SU pode ser particularmente desumanizante para os profissionais perante fluxos de grande intensidade de trabalho, e consequentemente para o doente e sua família. Acrescenta-se ainda que as relações interpessoais com qualidade no SU, tornam-se muitas vezes, desgastantes para o enfermeiro.

Tudo isto leva a que, os doentes nas suas salas de tratamento permaneçam muito do seu tempo, sentados ou deitados, sozinhos!

Recentemente, numa das minhas passagens pela sala de tratamentos 3, perante a iminente solidão de cada uma das pessoas que estava na sala, um dos doentes lança uma adivinha em jeito de passatempo, enquanto lhe punccionava um acesso venoso periférico.

Alguns minutos depois, a minha orientadora devolve adivinhas à sala. E de repente, o que seria um turno trabalhoso passou com a ligeireza possível. Houve inclusive uma doente que no momento da despedida, agradece os nossos cuidados, salvaguardando a importância do exercício de imaginação dirigida naquele tempo que ali passou.

SENTIMENTOS: O que estou a sentir e a pensar?

No cruzamento de todas estas dificuldades é fundamental lembrar que a capacidade que o enfermeiro tem para prestar cuidados será sem dúvida tanto maior, quanto maior for a competência técnica mas também quanto maior for a vontade permanente de não deixar o outro entregue à solidão.

Naquele momento, tive que lembrar-me que, para além da técnica teria que enfrentar o passatempo com a mesma destreza, o que para mim ainda constituía um desafio.

AVALIAÇÃO: O que foi bom e mau na experiência?

Considero que foi muito positivo a reflexão diária que enquanto enfermeira, fazia sobre a prática, essencial para a humanização dos cuidados pretendida e neste momento que descrevi, não foi exceção.

Foi sem dúvida menos positivo, ser a charada que o doente lançou a afastar-me da técnica que executava, com a máxima concentração (para não falhar), para a sala, para aquele doente, para os outros doentes.

ANÁLISE: Que sentido atribuo à situação?

Entendo que preciso ainda, de desenvolver competências na área da prestação de cuidados ao doente crónico com pneumopatia grave num SU.

CONCLUSÃO: Que mais poderia ter feito?

Dar apoio ao doente, à família ou pessoa significativa durante a permanência no SO. Porque não, incluir a família nesta prestação de cuidados, e assim podermos falar em cuidados de enfermagem de natureza holística.

Identificar a interação que se pode desenvolver para promover cuidados com mais qualidade.

AGENDA: Se acontecer outra vez como procederei?

Considero que de uma forma geral, fiquei mais sensível para a possibilidade de no futuro voltarem a surgir situações como esta e acredito que terei já uma intervenção de enfermagem mais adequada às necessidades deste doente e família nesta situação particular da sua vida.

Sem dúvida que, há que garantir um atendimento humanizado e personalizado que vá de encontro à satisfação das necessidades do doente crónico com pneumopatia terminal e que promova uma adaptação do doente e família, ao longo do seu ciclo de vida.

Bibliografia

- Santos, E. & Fernandes, A. (2004) Prática Reflexiva: Guia para a reflexão estruturada. *Referência*. nº 11 (Março) 59-62.
- Despacho 18459/2006. *Diário da República*, 2ª Série, nº 176 -12 de Setembro de 2006. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Direcção Geral da Saúde. (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

APÊNDICE IV

PLANO DA SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO- CUIDADOS DE
ENFERMAGEM AO DOENTE COM DRENAGEM TORÁCICA

Plano da Sessão

TEMA: Cuidados de enfermagem ao doente com drenagem torácica

DATA: 8/11/2012

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros da Equipa X, do Serviço de Urgência



OBJETIVOS:

- Descrever as indicações terapêuticas mais comuns no SU e objetivos da colocação de uma drenagem torácica
- Descrever os cuidados de enfermagem associados aos momentos pré, peri e pós colocar e retirar a drenagem torácica.
- Enumerar o material necessário para colocar/retirar a drenagem torácica
- Sensibilizar para alguns cuidados especiais perante situações excecionais.

METODOLOGIA/ESTRATÉGIAS:

- O método que irá ser mais utilizado nesta formação será o **método expositivo**, havendo transmissão oral dos conteúdos.
- O material a ser utilizado no momento de colocação de drenagem estará disponível para manipulação (**método demonstrativo**).
- Haverá momentos de esclarecimento de dúvidas (**método interrogativo**).

MATERIAL/EQUIPAMENTO:

- Computador Portátil
- Retroprojektor

TEMPO/DURAÇÃO:

- **Introdução** - +/- 2 minutos
- **Desenvolvimento** - +/- 12 minutos
- **Conclusão** - +/- 2 minutos

AValiação:

- Momento de avaliação final decorre da colocação de questões aos elementos presentes.

APÊNDICE V

SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO: CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO
DOENTE COM DRENAGEM TORÁCICA

Cuidados de enfermagem ao doente com drenagem torácica

Joana Silva

Orientadora:

Tutora: Prof^a Cândida Durão



MESTRADO DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM
DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Cuidados de enfermagem ao doente com drenagem torácica

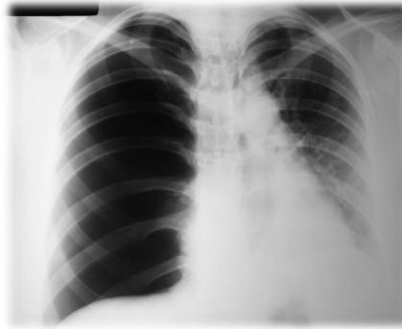
A drenagem torácica...



- tem como objetivo a **manutenção ou restabelecimento da pressão negativa no espaço pleural** (há expansão pulmonar, melhoria das trocas gasosas)
- permite a **remoção de ar, líquidos** (serosos, hemáticos, purulentos ou quílosos) e **sólidos** (fibrina, coágulos) do espaço pleural ou mediastino

São indicações para colocação de uma drenagem torácica:

- Pneumotórax (traumático, espontâneo)
- Hemotórax
- Derrame pleural (quilotórax, empiema, ...)
- Hemopneumotórax (traumático ou iatrogénico à cirurgia torácica ou colocação de CVC)
- Cirurgia cardiotorácica



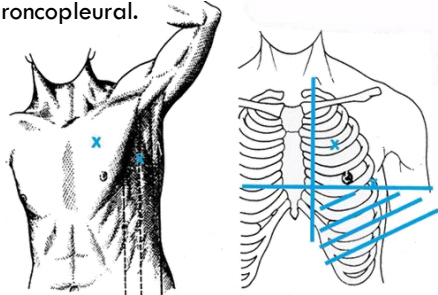
Cuidados de enfermagem ao doente com drenagem torácica

Colocar drenagem torácica

- ✓ **Explicar** ao doente o procedimento
- ✓ **Gerir** terapêutica analgésica
- ✓ **Posicionar** o doente
- ✓ **Preparar material** para colocação de drenagem

Como posicionar o doente?

Para a remoção de ar, os drenos são inseridos na porção superior da parede torácica anterior ao nível do **2º ou 3º espaço** intercostal anterior, na linha média clavicular. Em caso de: **Pneumotórax** (aberto ou fechado), **Fístula** broncopleurale.



Semi-fowler, Lateral ou Semi-Lateral com o braço do lado afetado para cima

Para drenar líquido, os drenos são colocados na porção inferior da cavidade torácica ao nível do **4º a 6º espaço** intercostal, anterior à linha média axilar. Em caso de: **Derrame pleural, Hemotórax, Empiema, Quilotórax**

Que material preciso?

- Equipamento proteção (bata, barrete, máscara)
- Luvas esterilizadas
- Antisséptico
- Compressas estéreis
- Anestésico local
- Agulhas (EV, SC e IM)
- Seringas (10 e 20 ml)
- Campo cirúrgico
- Lâmina de bisturi
- Tabuleiro com porta agulhas, pinça e clampe
- Dreno torácico
- Frasco coletor com selo de água
- Fio de seda
- Material de penso



Frasco coletor com selo de água

Sistema de drenagem subaquático



Sistema de drenagem com selo hidráulico: Pleurivac®



Cuidados de enfermagem ao doente com drenagem torácica

- ✓ Vigiar sinais vitais (**FR** , **Saturação O2**, **FC**, **ECG**, **TA**, **dor**)
- ✓ Vigiar **local de inserção** da drenagem (hemorragia, enfisema subcutâneo, ...)
- ✓ Vigiar **tosse**
- ✓ Monitorizar **quantidade e características do drenado** (seroso, hemático, com coágulos, quiloso, purulento, ...)
- ✓ Validar drenagem **passiva** ou **ativa** (aspiração de baixa pressão)
- ✓ Verificar o selo de água (**oscila e/ou borbulha**)
- ✓ Vigiar a **permeabilidade** do dreno torácico
- ✓ Garantir **Rx** de controle
- ✓ Providenciar **cinesiterapia respiratória**
- ✓ Manter **registos** atualizados

Cuidados especiais...

- Caso o doente esteja sob **ventilação mecânica** é aconselhável uma **pausa inspiratória** quer para colocar o dreno torácico, quer para retirá-lo.
- Caso o doente necessite de ser transportado o **sistema de drenagem** deve estar sempre **abaixo do nível do tórax**.
- Caso o tubo se **desconecte acidentalmente**, clampa-se, desinfetam-se as extremidades e reconecta-se. Pede-se ao doente que tussa, comunica-se ao médico e providencia-se um Rx.
- Caso exista uma fístula broncopleurá (drenagem **borbulha** constantemente), **não clampar** o dreno.
- Caso haja necessidade de clampar o dreno, faça-lo no menor tempo possível.

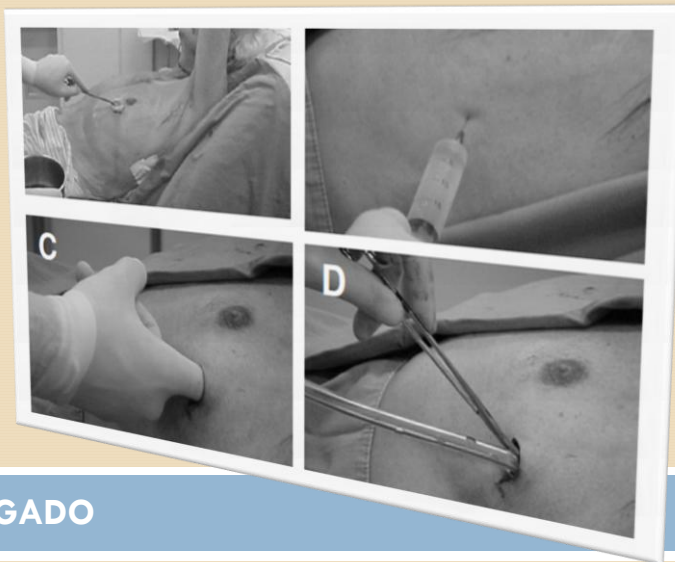
Cuidados de enfermagem ao doente com drenagem torácica

Retirar drenagem torácica

- ✓ **Explicar** ao doente o **procedimento**
- ✓ **Gerir terapêutica analgésica**
- ✓ **Posicionar** o doente (semi-fowler ou lateral)
- ✓ Ensinar ao doente **manobra de Valsava**
- ✓ **Preparar material** para retirar a drenagem
 - ✓ Luvas esterilizadas
 - ✓ Compressas esterilizadas
 - ✓ Solução antisséptica
 - ✓ Lâmina de bisturi
 - ✓ Clampe (se houver mais que um dreno para a mesma drenagem)
 - ✓ Gase gorda (se houver história de fístula)
 - ✓ Material de penso
- ✓ **Registrar** a reação do doente, características do drenado, características do penso, médico que retirou a drenagem...

Bibliografia

- Andrade, C. & Felicetti, J. Drenagem torácica. [acesso em Outubro de 2012] Disponível em http://www.cirurgiatoracica.net/TRAUMA_TORACICO.pdf
- Bezerra, S.; Lima, J. & Barbosa, H. (2007). Cuidados de enfermagem ao paciente com sistema de drenagem pleural fechada. *Rev. Enferm UFPE On Line*. 1(2),135-138.
- Catela, A. & Fernandes, S. (2005). Cuidados de enfermagem aos doentes com drenagens torácicas decorrentes da cirurgia cardiotorácica. *Servir*. 1(53), 17-25.
- Cipriano, F. & Dessote, L. (2011) Drenagem Pleural. *Medicina* (Ribeirão Preto). 44(1), 70-78.
- Lúcio, V. & Araújo, A. (2011) Assistência de enfermagem na drenagem torácica: revisão de literatura. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde*. 13, 307-314.
- Thelan, L. et al (1996). *Enfermagem em Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. 2ª Edição. Camarate: Lusodidacta.



OBRIGADO

APÊNDICE VI

CARTAZ: CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM
DRENAGEM TORÁCICA

Cuidados de enfermagem ao doente com drenagem torácica

Posicionamento

Para a remoção de ar, os drenos são inseridos na porção superior da parede torácica anterior ao nível do 2º ou 3º espaço intercostal anterior, na linha média clavicular. Em caso de: **Pneumotórax** (aberto ou fechado), **Fístula broncopleural**.

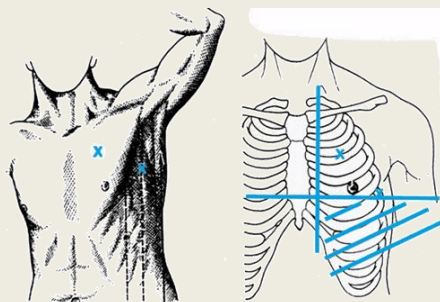


Figura 1. Locais de colocação de dreno

Para drenar líquido, os drenos são colocados na porção inferior da cavidade torácica ao nível do 4º a 6º espaço intercostal, anterior à linha média axilar. Em caso de: **Derrame pleural, Hemotórax, Empiema, Quilotórax**

Material

- Equipamento proteção (bata, barrete, máscara)
- Luvas esterilizadas
- Tabuleiro com porta agulhas, pinça e clampe
- Dreno torácico
- Frasco coletor com selo de água
- Compressas esterilizadas
- Antisséptico
- Campo cirúrgico
- Agulhas (EV, SC e IM)
- Lâmina de bisturi
- Seringas (10 e 20 ml)
- Fio de seda (1/0, 2/0)
- Anestésico local
- Material de penso



Figura 2. Material necessário para colocação de drenagem

Não esquecer:

- ✓ Explicar ao doente o procedimento
- ✓ Gerir terapêutica analgésica
- ✓ Vigiar sinais vitais (FR, Saturação O2, FC, ECG, TA, dor)
- ✓ Vigiar tosse
- ✓ Vigiar local de inserção da drenagem (hemorragia, enfisema subcutâneo, ...)
- ✓ Monitorizar quantidade e características do drenado (seroso, hemático, com coágulos, quiloso, purulento, ...)
- ✓ Validar drenagem passiva ou ativa (aspiração de baixa pressão)
- ✓ Verificar o selo de água (oscila e/ou borbulha)
- ✓ Vigiar a permeabilidade do dreno torácico
- ✓ Garantir Rx de controle
- ✓ Manter drenagem torácica abaixo do tórax
- ✓ Providenciar cinesiterapia respiratória
- ✓ Manter registos atualizados (reação do doente, quantidade e características do drenado, passiva ou ativa, oscila e/ou borbulha...)



Figura 3. Drenagem com selo de água



Figura 4. Drenagem pleurivac®

APÊNDICE VII

PLANO DA SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO- HIGIENIZAÇÃO DAS
MÃOS: MELHORIA DE UM INDICADOR DE QUALIDADE DE
CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Plano da Sessão – Higienização das Mãos

TEMA: Higienização das Mãos – Apresentação dos resultados da Campanha Mundial da OMS

DATA: 13/11/2012

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros da Equipa X, do Serviço de Urgência



OBJETIVOS:

- Apresentar aos Enfermeiros do SUC do CHI dos da estratégia multimodal referentes aos anos de 2009 a 2011,
- Sensibilizar todos os profissionais para a importância da higienização das mãos.
- Garantir o controlo das IACS, através da higienização das mãos
- Promover a melhoria de um indicador de qualidade num Serviço de Urgência.
- Assegurar a qualidade dos cuidados ao doente crítico, através da promoção da higienização das mãos.

METODOLOGIA/ESTRATÉGIAS:

- O método que irá ser mais utilizado nesta formação será o **método expositivo**, havendo transmissão oral dos conteúdos.
- Haverá um momento de esclarecimento de dúvidas (**método interrogativo**).
- No final um pequeno exercício de higienização das mãos integra-se nos métodos, **demonstrativo e ativo**.

MATERIAL/EQUIPAMENTO:

- Computador Portátil
- Retroprojektor

TEMPO/DURAÇÃO:

- **Introdução - +/- 2 minutos**
- **Desenvolvimento - +/- 12 minutos**
- **Conclusão - +/- 2 minutos**

AValiação:

- Momento de avaliação final decorre do exercício prático de higienização das mãos.

APÊNDICE VIII

**SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO- HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS:
MELHORIA DE UM INDICADOR DE QUALIDADE DE CUIDADOS DE
ENFERMAGEM**

Higienização das mãos:

melhoria de um indicador de qualidade de cuidados de enfermagem



Joana Silva

Tutora: Prof. Cândida Durão

Vanessa Lucas

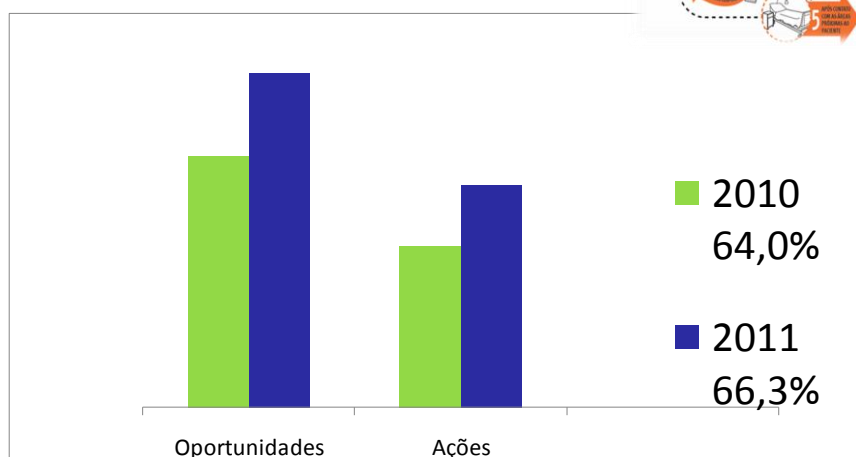
Tutora: Prof. Cândida Durão



MESTRADO DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM
DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

CAMPAÑA NACIONAL DE HIGIENE DAS MÃOS

Setembro de 2012



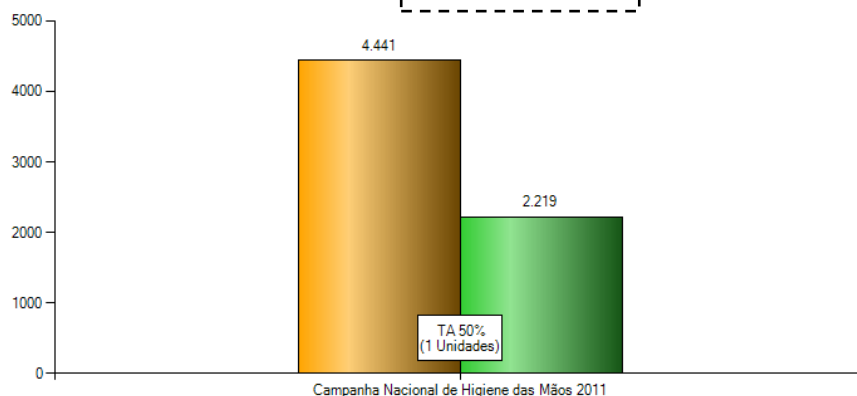
Dados fornecidos pelo CCI

CAMPANHA NACIONAL DE HIGIENE DAS MÃOS

Setembro de 2012



Taxa de Adesão

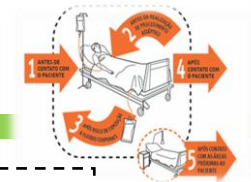


Oportunidades Ações

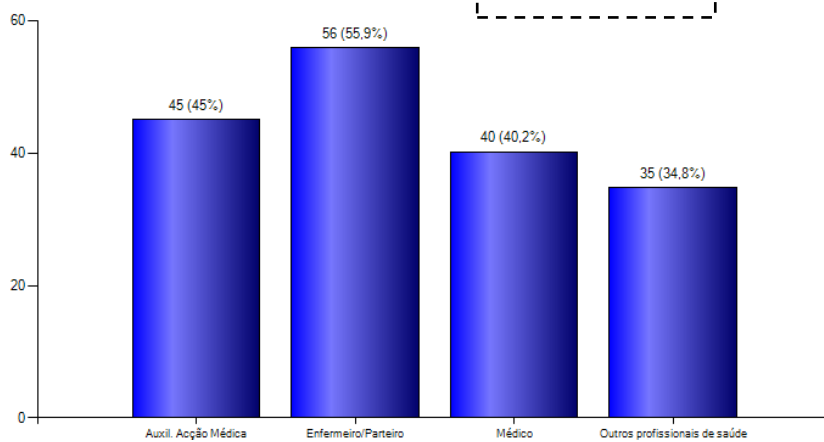
Dados fornecidos pelo CCI

CAMPANHA NACIONAL DE HIGIENE DAS MÃOS

Setembro de 2012



Adesão por Categoria Profissional



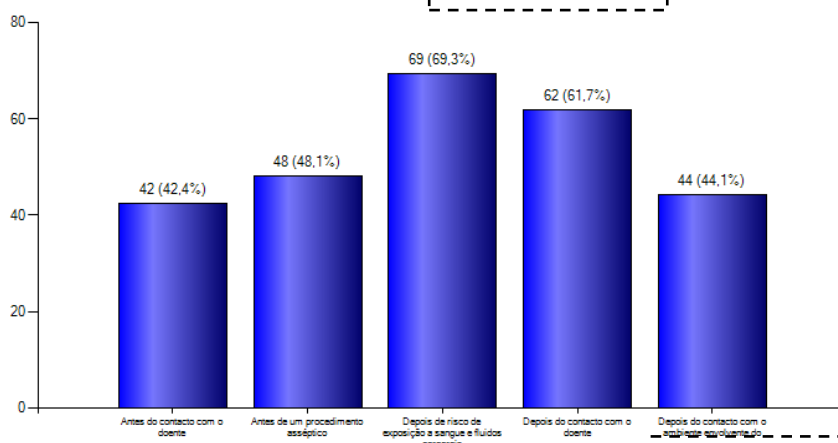
Dados fornecidos pelo CCI

CAMPANHA NACIONAL DE HIGIENE DAS MÃOS

Setembro de 2012



Adesão por Indicações



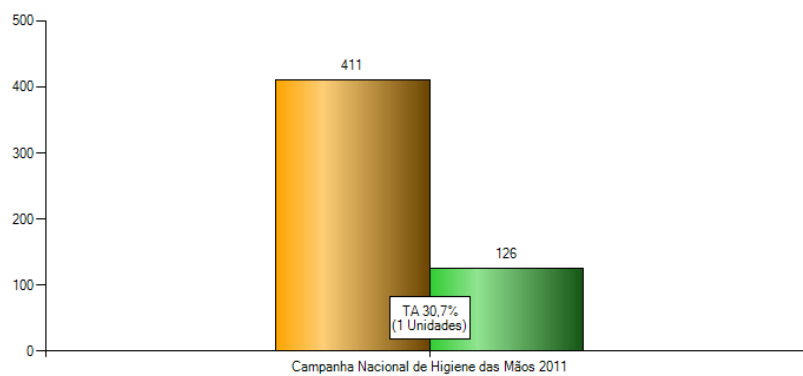
Dados fornecidos pelo CCI

CAMPANHA NACIONAL DE HIGIENE DAS MÃOS

Setembro de 2012



Taxa de Adesão - SU



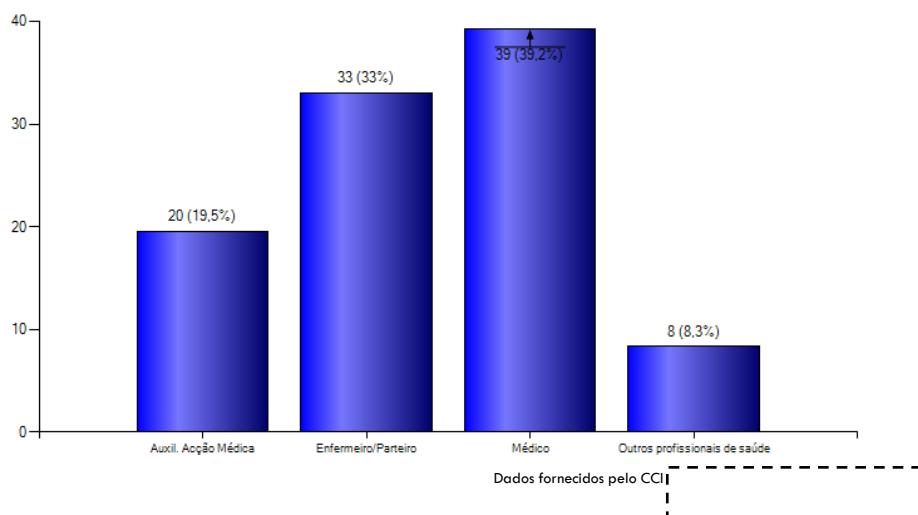
Oportunidades Acções

Dados fornecidos pelo CCI

CAMPANHA NACIONAL DE HIGIENE DAS MÃOS
Setembro de 2012



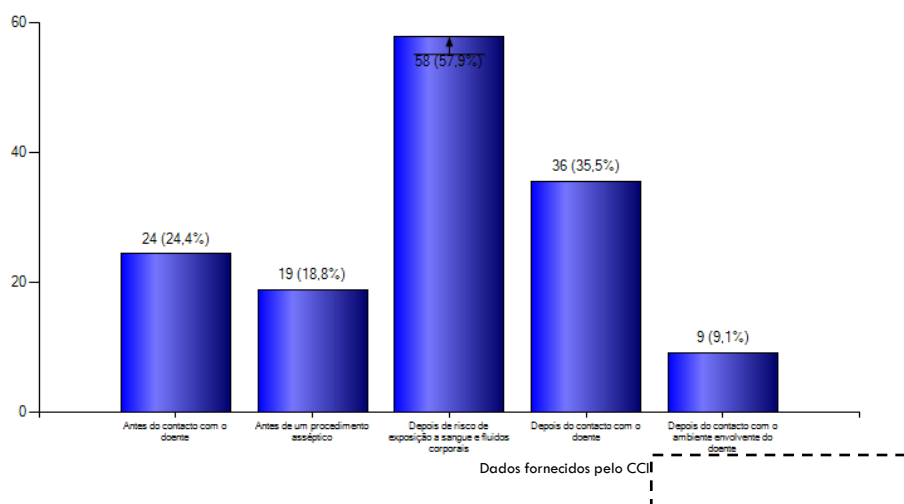
Adesão por Categoria Profissional - SU



CAMPANHA NACIONAL DE HIGIENE DAS MÃOS
Setembro de 2012

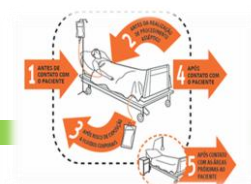


Adesão por Indicações - SU

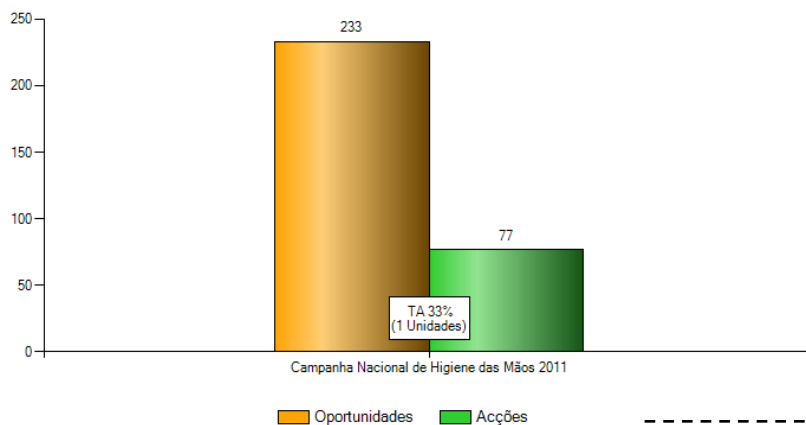


CAMPANHA NACIONAL DE HIGIENE DAS MÃOS

Setembro de 2012



Taxa de Adesão - Enfermeiros (SU)



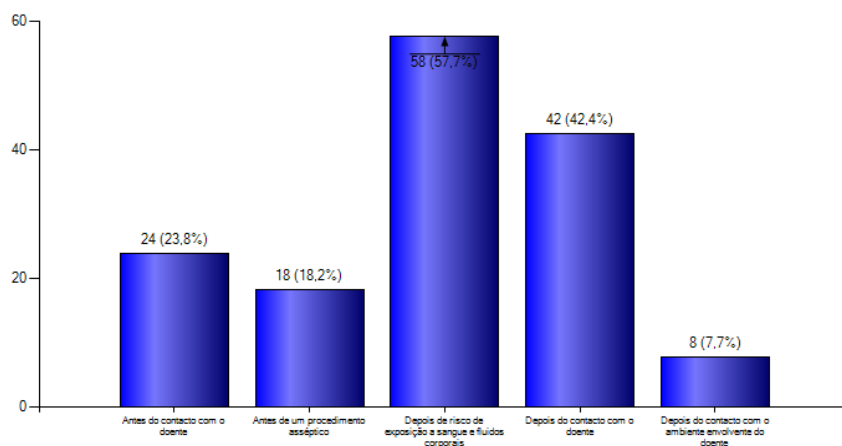
Dados fornecidos pelo CCI

CAMPANHA NACIONAL DE HIGIENE DAS MÃOS

Setembro de 2012



Adesão por Indicações - Enfermeiros (SU)



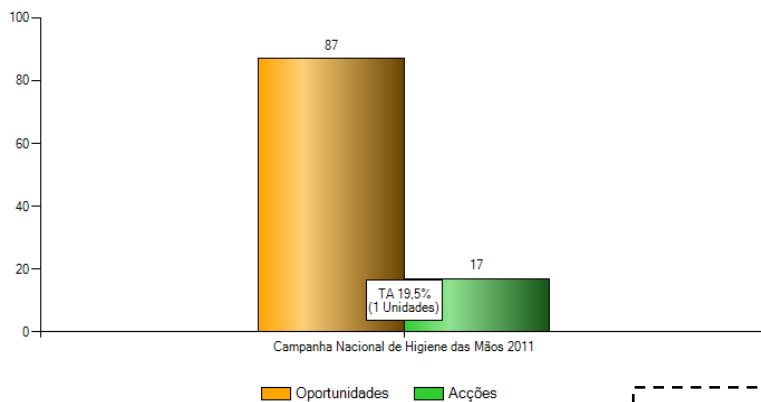
Dados fornecidos pelo CCI

CAMPANHA NACIONAL DE HIGIENE DAS MÃOS

Setembro de 2012



Taxa de Adesão - Assistentes Operacionais (SU)



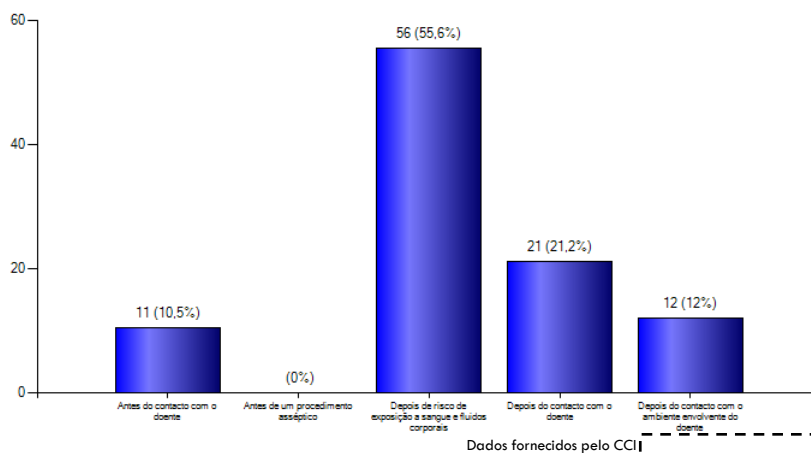
Dados fornecidos pelo CCI

CAMPANHA NACIONAL DE HIGIENE DAS MÃOS

Setembro de 2012



Adesão por Indicações - Assistentes Operacionais (SU)



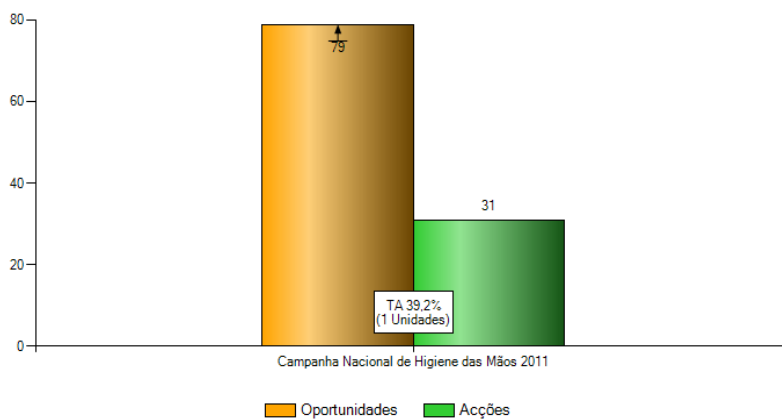
Dados fornecidos pelo CCI

CAMPANHA NACIONAL DE HIGIENE DAS MÃOS

Setembro de 2012



Taxa de Adesão - Médicos (SU)



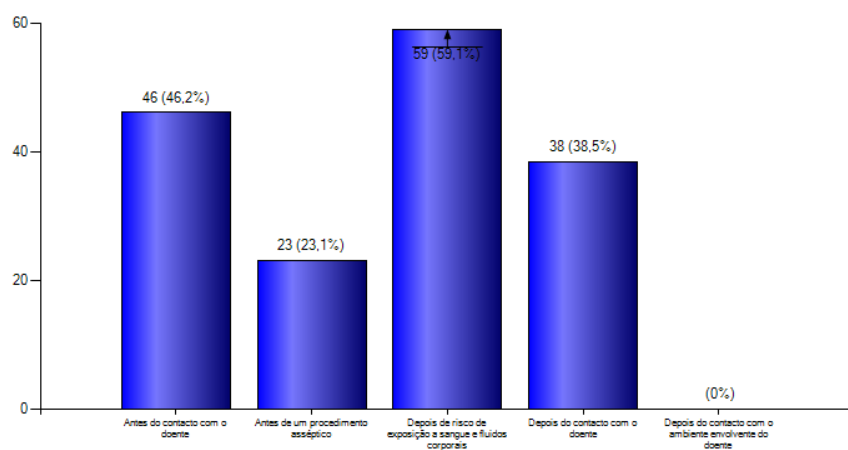
Dados fornecidos pelo CCI

CAMPANHA NACIONAL DE HIGIENE DAS MÃOS

Setembro de 2012



Adesão por Indicações - Médicos (SU)



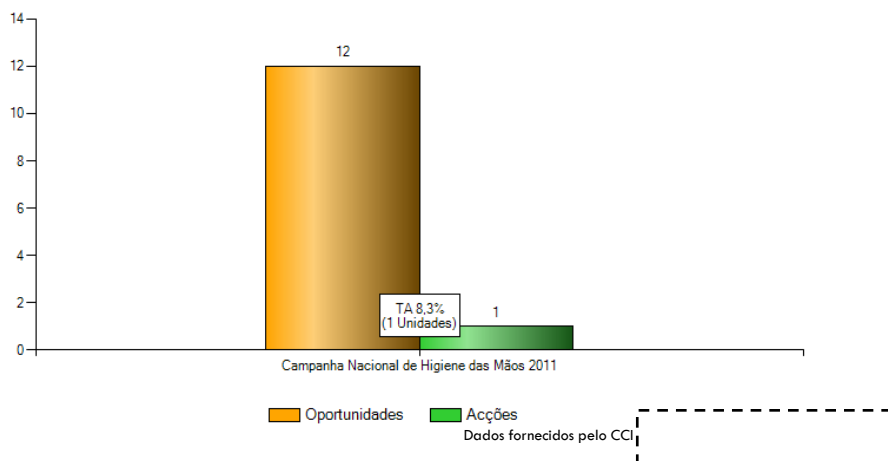
Dados fornecidos pelo CCI

CAMPAHA NACIONAL DE HIGIENE DAS MÃOS

Setembro de 2012



Taxa de Adesão - Outros Profissionais (SU)



Indicações para a Higienização das Mãos

- Quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas lavar com sabão, antisséptico ou não;
- Se as mãos não estiverem sujas, usar solução alcoólica, **rotineiramente**, para descontaminar as mãos.



Quando?

“5 Momentos” para a Higienização das Mãos



THE INANIMATE ENVIRONMENT CAN FACILITATE TRANSMISSION



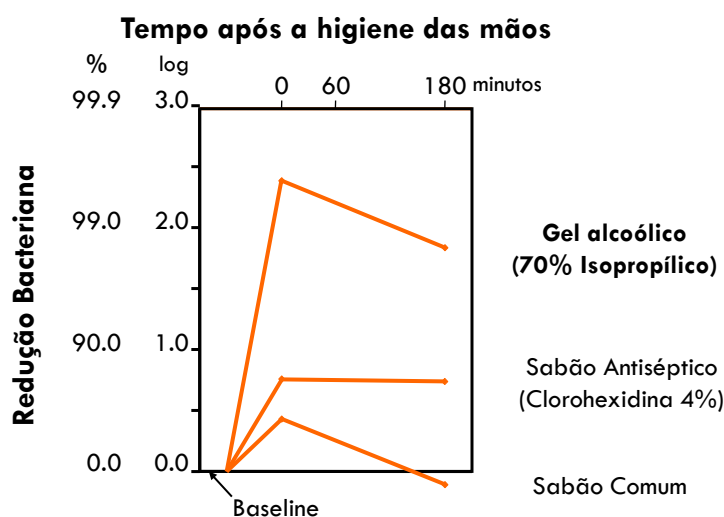
~ Contaminated surfaces increase cross-transmission ~

Hayden, M. (2001). *The Risk of Hand and Glove Contamination after Contact with a VRE (+) Patient Environment*. Chicago: ICAAC.

Eficácia da Higienização das Mãos

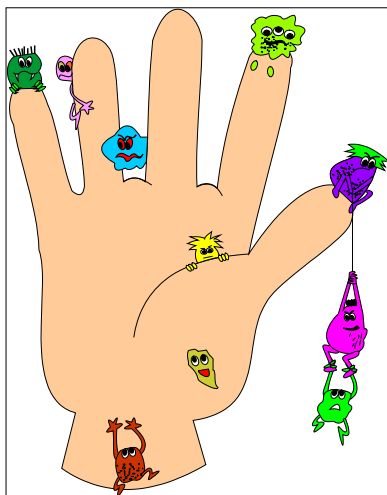


Higienização das Mãos: redução bacteriana



Hosp Epidemiol Infect Control (1999) in CDC (2002)

Curiosidade..



Gould D. (1994). *J Hosp Infect*; Larson E. (1995). *J Hosp Infect*; Slaughter S. (1996). *Ann Intern Med*; Watanakunakorn C. (1998). *Infect Control Hosp Epidemiol*; Pittet D. (2000). *Lancet* in **CDC(2002)**

Fatores de risco para não adesão à higienização das mãos:

- Maior número de oportunidades por hora de cuidados
- Uso de luvas
- Turno da noite
- Turnos de fim de semana
- Género masculino

Sugestões

- Sensibilização dos pares
- Formação dos Assistentes Operacionais
- Monitorizar desinfeção das superfícies envolventes
- Instituir rotinas de higienização das mãos para familiares e visitas (antes e depois do contato)

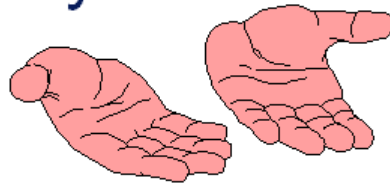


Bibliografia

- Circular normativa nº13 DQS/DSD de 14 de Junho de 2010. *Direção Geral de Saúde*. Orientações de boa prática para a higiene das mãos nas unidades de saúde.
- Centers for Disease Control and Prevention (2002). Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *MMWR*, 51(RR-16), 56p.
- World Alliance for patient safety (2009). Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care. Geneva: World Health Organization. 270p.



Are your



clean?

Obrigado!



APÊNDICE IX

OBJETIVOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER EM CONTEXTO DE
ESTÁGIO NA UCIR

Atividades a desenvolver em contexto de estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios

Apresento objetivo e atividades a desenvolver numa Unidade especializada no doente e família com insuficiência respiratória crítica, crónica ou agudizado.

Objetivo 1: Aprofundar competências de enfermagem especializadas na área do doente crónico com pneumopatia terminal e sua família, dependente de ventilação invasiva.

Objetivos específicos:

- Conhecer a instituição/Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios
- Compreender a articulação da UCIR com outros serviços internos e externos ao Hospital.
- Conhecer a equipa multidisciplinar em particular a equipa de enfermagem.
- Prestar cuidados de enfermagem ao doente crónico com pneumopatia e a sua família.
- Planear/executar uma ação de sensibilização para os enfermeiros da UCIR com o tema: “Transplante pulmonar depois da UCIR”
- Realizar um estudo de caso escolhendo um doente com doença respiratória terminal com diagnóstico compatível com um transplante pulmonar.

Atividades/Estratégias:

- Reunião e visita guiada com a Enfermeira Chefe/Enfermeiro Orientador,
- Consulta de normas e procedimentos, protocolos, regulamentos e modelos em uso na instituição/serviço, para me aperceber da sua dinâmica;
- Observação do funcionamento e organização do serviço, nomeadamente: conhecer o circuito de atendimento do doente/família, a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem, o processo de articulação com outros serviços ou instituições, as rotinas instituídas;
- Identificação e localização do diverso equipamento clínico existente no serviço;
- Pesquisa Bibliográfica;
- Integração na equipa de enfermagem e multidisciplinar, de forma a compreender a sua dinâmica;
- Observação da intervenção do enfermeiro orientador, o que permitirá efetuar uma análise crítica e reflexiva sobre a mesma;
- Identificação e planeamento dos cuidados de enfermagem individualizados e diferenciados ao doente e família;
- Avaliação da evolução do estado clínico do doente, de forma a reformular o plano de cuidados previamente estabelecido;
- Elaboração de registos de enfermagem, o que permite dar continuidade aos cuidados prestados e formalizar a integração na equipa;
- Disponibilidade para novas situações de aprendizagem, para aquisição de novas competências;

- Reflexão sobre as intervenções realizadas no âmbito da prestação de cuidados e as funções do Enfermeiro Especialista, no sentido de enriquecer o meu processo de aprendizagem e melhorar a qualidade da prestação dos cuidados ao doente crítico e família, sob a forma de um Estudo de caso.

Competências:

- Gerir e interpretar informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós graduada;
- Manter, de forma contínua e autónoma, o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;
- Demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos na área da Enfermagem pessoa em Situação Crítica;
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o doente e família;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente e família;
- Perceber o papel do enfermeiro no acompanhamento do doente com pneumopatia terminal e sua família numa UCI;
- Refletir a e sobre a prática, de forma crítica;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao doente, segundo uma perspetiva profissional avançada;
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas;
- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente;
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas;
- Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação, no relacionamento com o doente de médio e alto risco e família;
- Demonstrar conhecimentos sobre Ventilação invasiva e não invasiva e técnicas de desmame ventilatório em doentes com pneumopatia terminal agudizada.
- Demonstrar capacidade de trabalhar na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- Tomar iniciativas e ser criativa na interpretação e resolução de problemas.

APÊNDICE X

CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS AO DOENTE E
FAMÍLIA COM DPOC: **UM ESTUDO DE CASO**

Cuidados de enfermagem especializados ao doente e família com DPOC: um estudo de caso.

A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma doença crónica que diminui a capacidade respiratória por obstrução do fluxo de ar, decorrente na maioria dos casos de tabagismo prolongado. Esta limitação no fluxo de ar não é completamente reversível e, geralmente, vai progredindo com o passar dos anos.

Cardoso *et al* (2008) consideram que, apesar de a sua importância ser ainda pouco reconhecida, a DPOC é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível mundial, sendo atualmente a quarta causa de morte nos EUA e a quinta na Europa. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que a DPOC se torne na terceira principal causa de morte no mundo em 2020.

Cardoso e os seus colaboradores (2008, p.4) defendem que *“este crescimento resulta do aumento do tabagismo nos países em desenvolvimento, da dificuldade dos países desenvolvidos reduzirem significativamente o consumo tabágico, no facto de várias décadas de consumo de tabaco terem agora efeito clínico bem como no aumento da sobrevivência”*.

Face ao aumento de prevalência da doença por todo o mundo, surge em 2001 o projeto internacional GOLD (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*) que contribui para disseminar informação relativa à doença. Em Portugal a Direção Geral de Saúde (DGS) define, em 2005, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da DPOC (Circular normativa nº 04/DGCG de 17 de Março de 2005 da DGS) suportado no programa internacional GOLD.

A prevalência da DPOC em Portugal é de 5,34%, em indivíduos entre os 35 e os 70 anos, e de cerca de 18% na população fumadora ou ex-fumadora com mais de 40 anos (Cardoso *et al*, 2008)

O diagnóstico é feito tendo em conta a exposição a fatores de risco (tabaco, agentes químicos e poeiras ocupacionais ou ambientais), presença de sintomas característicos (tosse crónica, expectoração crónica, dispneia) e confirmado com exames auxiliares de diagnóstico que confirmam a presença de obstrução, como a espirometria (medindo o FEV1).

A não exposição aos fatores de risco deve constituir o objetivo prioritário de todo o programa de tratamento. Neste caso a cessação tabágica é fundamental. Instituído o programa de tratamento é importante avaliar e monitorizar a doença, reduzir os fatores de risco, monitorizar o tratamento na fase estável da DPOC bem como tratar de forma eficaz as exacerbações da doença.

Considero ser de extrema importância compreensão desta doença crónica, para possibilitarmos, como enfermeiros, um melhor atendimento e recuperação destes doentes. Podemos também ser nós, facilitadores na aceitação da doença e na prevenção da exacerbação da doença.

Começo por relatar a experiência vivenciada numa Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios, durante a prestação de cuidados de enfermagem a um doente/família com diagnóstico de DPOC. Ao longo do estudo de caso comparo as características da patologia descritas na bibliografia com as do próprio doente elaborando o meu plano de cuidados.

História de enfermagem

O Sr. J.A. é um doente do sexo masculino, raça caucasiana, 68 anos, casado e reformado. Vive com a esposa e dois filhos em Lisboa. Para além da DPOC tabágica com insuficiência respiratória grave sob oxigénio de longa duração no domicílio (OLD) 24 horas por dia.

É seguido na consulta de pneumologia de um hospital da cidade há já alguns anos, tempo que o doente não soube precisar. Tem necessidade de OLD diário, fazendo até ao momento do internamento 1,5L/min em repouso e 3L/min em esforço.

O doente tem outras patologias associadas como enfisema pulmonar (com FEV1 de 23%), hipertensão arterial (HTA), diabetes mellitus não insulino-dependente (DMII), obesidade, síndrome depressivo e adenocarcinoma da próstata tendo realizado radioterapia até fevereiro de 2008. Tem exames recentes que sugerem Síndrome de Apneia-Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS).

A frequência da presença destas co-morbilidades nos doentes com DPOC é de tal forma importante, que a identificação e respetivo tratamento têm sido cada vez mais valorizados, uma vez que influenciam de forma determinante a sobrevida destes doentes. Cardoso *et al* (2008) lembram que mais de 50% dos doentes com DPOC apresentam concomitantemente doença cardíaca, hipertensão arterial e /ou dislipidémia. O Sr. J.A. é hipertenso. Para além do risco de desenvolvimento de diabetes mellitus em doentes tratados com corticoterapia, parece provável que o facto de existir um estado inflamatório permanente seja também um fator de risco para o aparecimento da doença, como é o caso do Sr. J.A.. Os autores advertem ainda que, tal como o Sr. J.A. mais de 35% dos doentes com DPOC apresentam ansiedade/depressão, muito associada à presença de dispneia, aos agravamentos que condicionam o medo e a ansiedade, assim como à limitação da capacidade física que gera inatividade e por isso depressão.

Na sua medicação habitual apenas estão descritos broncodilatadores inalados (Formoterol e Budenosido), um antiasmático (Eufilina), um antidiabético (Glicazida), um inibidor enzimático direcionado para a hiperuricemia (Alopurinol) e um anti adrenérgico direcionado para o tratamento da hiperplasia benigna da próstata (Tansulosina).

Resumo do internamento:

Dia 25 de Dezembro recorre ao serviço de Urgência (SU) por insuficiência respiratória acentuada com três dias de tosse produtiva. Encontra-se polipneico, exprime-se por frases encurtadas. Sonolento mas facilmente despertável. Nega febre, torocalgias. Sem queixas urinárias ou gastrointestinais. Nega abandono de terapêutica. Encontra-se hipertenso (150/90mmHg), taquicárdico (126bpm) e com oximetria periférica de 85%. À auscultação são perceptíveis murmúrios vesiculares diminuídos, tempo expiratório prolongado, ferveores nas bases e sibilos no final da expiração. A gasometria arterial colhida com o doente sob oxigenoterapia (5L/min) por óculos nasais (ON) revela acidose respiratória (pH: 7,25; pCO₂: 87,8; pO₂: 56,2). No SU iniciou ventilação não invasiva (VNI)

numa relação pressão IPAP/EPAP de 16/5. As análises de rotina revelam não ter leucocitose nem neutrofilia apesar de PCR elevada (23,5 mg/dl). A dessaturar, mal adaptado à VNI e com hipercapnia acaba por ser necessário ventilação invasiva. É transferido para a Unidade de Isolamento Respiratório onde permanece ventilado na modalidade de pressão controlada (PC) até dia 4 de Janeiro. Com melhoria progressiva da função respiratória, é extubado 11 dias depois com boa tolerância. Fica com aporte de oxigénio de 3L/m por ON e oximetrias que variam entre 93% os 95%. Permanece nessa Unidade com terapêutica direcionada e um programa de reabilitação respiratória até dia 17 de Janeiro.

É transferido então para a Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios, por agravamento acentuado da insuficiência respiratória e com gasometria arterial a revelar franca acidose respiratória. É conectado novamente a VNI (IPAP/EPAP: 22/5), sem grande melhoria dos valores gasométricos. Gasometria arterial à chegada (15h30) com pH: 7,21; pCO₂:98,2; pO₂:109,5. Uma hora depois a gasometria revela pH: 7,28; pCO₂: 78,9 e pO₂:63,7. Saturação periférica entre os 88% e os 92%. Colhido sangue para doseamentos de antidepressivos (negativo), benzodiazepinas (positivo) e teofilinémia (normal).

Consciente, aparentemente orientado mas renitente aos cuidados. Vígil mas muito sonolento. Com dispneia a pequenos esforços, tosse produtiva mas pouco eficaz. Auscultação a revelar fervores nas bases e broncospasmo. Dependente no autocuidado, a necessitar de ajuda para se movimentar no leito. Sem queixas álgicas. Apirético com boa perfusão periférica. Normotenso e normocárdico. Recusa alimentar-se. Abdómen distendido. Algaliado, com baixo débito urinário. Inicia broncodilatadores inalados, corticoidoterapia inalada e endovenosa, e perfusão em acesso venoso periférico de aminofilina. Alterna períodos em respiração espontânea com períodos de VNI, que vai tolerando melhor ao longo do tempo. Recebeu a visita da filha ansiosa com o agravamento do estado de saúde do pai.

Um dos objetivos da terapêutica no doente com DPOC é tratar as agudizações, por isso, o doente passa a ter estabelecido:

- para melhoria da insuficiência respiratória, o salbutamol e o brometo de ipatrópio, a prednisolona, a aminofilina e a acetilcisteína;
- para melhoria da função cardiovascular o captopril e o carvedilol;
- para o equilíbrio gastrointestinal pantoprazol, dimeticone, sene, picossulfato de sódio;
- para potenciar o seu estado psicológico e emocional, o escitalopram e o zolpidem (se insónias)
- mantém a tansulosina que já fazia no domicílio e é acrescentado enoxiparina dada a imobilidade.

No segundo dia de internamento soma já significativas horas em respiração espontânea que vai alternando com a VNI. Mais calmo e colaborante. Dispneia apenas a médios esforços. Tosse produtiva e eficaz. Colaborou na fisioterapia respiratória. Mantém sempre alguma retenção de CO₂ que aparenta resultar das alterações estruturais pulmonares tendo em conta o valor normal de pH.

Gasometria arterial com pH: 7,35; pCO₂: 71,6 e pO₂: 57,6. Alimentou-se mas a referir pouco apetite. Mantém abdómen volumoso e timpanizado à palpação. Bom débito urinário.

Diagnósticos de enfermagem

A Ordem dos Enfermeiros num Parecer emitido em Novembro de 2012 lembra que o papel do enfermeiro que cuida do doente/família com DPOC *“centra-se na elaboração em cooperação com os outros técnicos da equipa multidisciplinar de um plano terapêutico global para o cliente, em que este é um parceiro e o fulcro da sua atuação, ajudando-o na responsabilização pela manutenção da sua saúde como ator privilegiado na tomada de decisão”* (Diez, 2012).

Nas exacerbações da doença o enfermeiro institui o processo de enfermagem e após formular os diagnósticos, planeia intervenções de enfermagem específicas e individualizadas para o doente que vai validando com ele.

- Ventilação espontânea comprometida
- Dispneia (atual)
- Limpeza das vias aéreas comprometida
- Ansiedade (atual)

De uma forma geral, a principal sintomatologia dos doentes com DPOC são a dispneia ao esforço, a tosse crónica bem como a produção de expectoração.

Na fase de exacerbação esta sintomatologia associada à obstrução brônquica persistente fez com que o doente tivesse aumentado o esforço respiratório, com uma respiração predominantemente abdominal, a referir cansaço e tenha ficado mais ansioso. O ar fica retido nos pulmões, as alterações estruturais de um doente nesta fase da doença pulmonar crónica prejudicam a troca do oxigénio entre o sangue os alvéolos, levando a hipoxemia.

É instituída oxigenoterapia, VNI e inaloterapia, cujo ensino se enquadra na área das intervenções autónomas de enfermagem direcionada, numa fase inicial ao doente e sempre que possível ao seu cuidador.

Cardoso *et al* (2008) lembram que existe evidência científica de que a OLD na DPOC e tem como objetivo aumentar a PaO₂ basal de oxigénio no sangue para pelo menos 60mmHg e/ou elevar a saturação de oxigénio para pelo menos 90%, permitindo assim assegurar a oxigenação suficiente para preservar as funções vitais.

A VNI consiste no fornecimento de suporte ventilatório através das vias aéreas superiores utilizando um interface que no caso do Sr. J.A. foi um máscara. Os objetivos fundamentais da VNI na DPOC são, como referem Cardoso *et al* (2008), o alívio de sinais e sintomas bem como a melhoria das trocas gasosas.

Os mesmos autores defendem que a VNI por rotina no doente com DPOC e hipercapnia não está recomendada, suportam-se nos estudos até então efetuados que não demonstram aumento na

sobrevida destes doentes. No entanto, salvaguardam dizendo que, tal como o Sr. J.A., doentes com quadro respiratório não estabilizado, hipercapnia durante e após um episódio de insuficiência respiratória aguda a VNI é aconselhada.

Integridade cutânea na zona de colocação da máscara, vigilância de sinais e sintomas de não adaptação à VNI como o aumento da distensão abdominal são, também aspetos que o enfermeiro vigia durante o tratamento.

Apesar dos diferentes tipos de broncodilatadores e apesar do modo de atuação ser distinto, todos eles permitem o aumento do calibre da via aérea por relaxamento do músculo liso brônquico e do tônus brônquico e uma diminuição da hiperinsuflação pulmonar bem como atraso no início da insuflação dinâmica durante a atividade física (Cardoso *et al*, 2008). Cabe, no entanto, ao enfermeiro, o despiste de possíveis efeitos secundários que esta terapêutica pode desencadear (como a taquicardia no salbutamol ou o sabor metálico do brometo de ipatrópio). A inaloterapia com corticóides pode produzir aumento do FEV1 e redução da reatividade brônquica nos doentes com DPOC estável são dados provenientes de estudos consultados por Cardoso e os seus colaboradores (2008) e justificam a implementação desta terapêutica no Sr. J.A. apenas em regime domiciliário. Os autores justificam haver consenso sobre as vantagens da corticoterapia sistémica nas agudizações da DPOC, tal como foi instituído no Sr. J.A., uma vez que reduz o tempo de evolução da doença e permite melhoria mais rápida da função respiratória.

- Autocuidado: cuidar da higiene pessoal dependente
- Autocuidado: alimentar-se dependente

O enfermeiro, formula diagnósticos de enfermagem e propõe intervenções, centradas na relação terapêutica, como forma de garantir o auto controlo e o autocuidado do cliente. O Sr. J.A. foi auxiliado no seu autocuidado permanecendo no leito tendo em conta que o objetivo era não aumentar a dispneia e o trabalho respiratório. Foi massajado e auxiliado a posicionar-se.

Analizadas as preferências do doente e tendo em conta as suas necessidades nutricionais foi aconselhada uma dieta diabética, sem gorduras, sem peixe (por referir não gostar) e com reforço hídrico. No primeiro dia de internamento o doente refere falta de apetite pelo que recusa alimentar-se. No segundo dia de internamento na UCIR o doente consegue uma ingestão hídrica e nutricional perto do que é esperado e necessita apenas de ajuda parcial.

- Conhecimento para a saúde diminuído

A educação para a saúde tem como objetivo potenciar melhorias na forma como o doente encara e lida com a doença, nos momentos em que a doença está mais estabilizada bem como nas agudizações, motivando-o a compreender os diversos aspetos relacionados com o tratamento. Cabe ao profissional de saúde fornecer ao doente informação sobre a doença na sua situação de vida, explicar os malefícios da exposição a fatores de risco, validar informação sobre o tratamento farmacológico (desde ensino da técnica inalatória, com que frequência, efeitos benéficos e adversos possíveis) bem

como lembrar medidas preventivas de infeção (como as vacinas ou exercícios de cinesiterapia respiratória).

Verifiquei com agrado que neste contexto a integração do doente e ou do cuidador nos cuidados é uma constante. O Sr. J.A. e o seu cuidador (esposa) fazem já parte de um programa “Cuidar em contexto familiar” que pretende perceber as dificuldades deste doente/família e ajudá-los nessas dificuldades, capacitando-os para o seu dia-a-dia vivendo com uma doença crónica com estas limitações.

Conclusão

O controlo da DPOC baseia-se sempre numa avaliação individualizada face à gravidade da doença e à resposta do doente à terapêutica instituída. Por sua vez, a gravidade da doença é determinada pelos sintomas e o grau de limitação ventilatória, bem como a existência de outras complicações ou co-morbilidades.

A intervenção de enfermagem sistematizada face à exacerbação da doença neste doente permite perceber que, apesar de se tratar de uma doença crónica, existe como planejar cuidados de forma eficaz, individualizada e contínua afim de, melhorar a sua sintomatologia e consequentemente melhorar a sua capacidade funcional.

Lembrar que o transplante pulmonar é atualmente uma terapêutica estabelecida no enfisema pulmonar avançado, sendo a mais frequente da maioria dos centros de transplantação (Cardoso *et al*, 2008).

Enquanto enfermeira que cuida destes doentes numa Unidade de Cuidados Intensivos cirúrgica após o transplante pulmonar, foi essencial incluir no meu momento de aprendizagem este estudo de caso. Considero que foi muito importante perceber as particularidades desta doença tão incapacitante e como se altera a qualidade de vida do doente com DPOC depois do transplante pulmonar.

Não poderia terminar sem dizer que *“todos os profissionais de saúde têm a responsabilidade de ajudar os doentes e seus cuidadores no estabelecimento de um plano de cuidados que assista o doente durante toda a evolução da doença (...) é possível concluir que a perspetiva de controlo e tratamento desta afeção permitiria (...)a melhoria da qualidade de vida dos doentes e famílias”* (Norma nº 28/2011 de 30/09 da DGS).

Bibliografia

Cardoso, J. *et al* (2008). *Terapêutica na DPOC: 25 perguntas frequentes em pneumologia*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pneumologia. 56p.

Circular normativa nº 04/DGCG de 17de Março de 2005. *Direção Geral de Saúde*. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Ministério da Saúde. Lisboa.

Circular normativa nº 028/2011 de 30 de Setembro de 2011. *Direção Geral de Saúde*. Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Ministério da Saúde. Lisboa.

Diez, M. (2012). *O papel do enfermeiro na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica- DPOC*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Paginas/OPapeldoEnfermeironaDoencaPulmonarObstrutivaCronicaDPOC.aspx>

, L. (1996). *Enfermagem em cuidados intensivos: diagnósticos e intervenções*. Lisboa: Lusodidacta.

APENDICE XI

OBJETIVO E ATIVIDADES A DESENVOLVER EM CONTEXTO DE
ESTÁGIO NA UCI CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

Atividades a desenvolver em contexto de estágio na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica d

Apresento objetivo e atividades a desenvolver numa Unidade especializada no doente/família transplantado pulmonar.

Objetivo 1: Aprofundar competências de enfermagem especializadas na área do doente transplantado pulmonar no pós-operatório.

Objetivos específicos:

- Conhecer o percurso do doente dentro do hospital.
- Compreender a articulação da UCI com outros serviços internos e externos do hospital
- Perspetivar formação futura
- Planear/executar uma ação de sensibilização para os enfermeiros da UCI, subjacente ao tema: Transplante Pulmonar: cuidados de enfermagem.
- Planear/executar um *workshop* sobre transplantação pulmonar, para a equipa interdisciplinar.

Atividades/Estratégias:

- Observação do funcionamento e organização do centro de transplantação, nomeadamente: conhecer o circuito de atendimento do doente/família, a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem, o processo de articulação com outros serviços ou instituições;
- Pesquisa Bibliográfica;
- Reunião com os chefes do serviço Cirurgia Cardiorácica e do serviço de Pneumologia;
- Consulta de normas e procedimentos, protocolos, regulamentos e modelos em uso na instituição/serviço;
- Disponibilidade para novas situações de aprendizagem, para aquisição de novas competências;
- Reflexão sobre as intervenções realizadas no âmbito da prestação de cuidados e as funções do Enfermeiro Especialista, no sentido de enriquecer o meu processo de aprendizagem e melhorar a qualidade da prestação dos cuidados ao doente e família, sob a forma de um *workshop*.

Competências:

- Gerir e interpretar informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós graduada;
- Manter, de forma contínua e autónoma, o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;
- Demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos na área da Enfermagem pessoa em Situação Crítica;

- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o doente e família;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente e família;
- Perceber o papel do enfermeiro no acompanhamento do doente transplantado pulmonar e sua família no centro de transplantação;
- Refletir a e sobre a prática, de forma crítica;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao doente, segundo uma perspetiva profissional avançada;
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas;
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas;
- Demonstrar capacidade de trabalhar na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- Tomar iniciativas e ser criativa na interpretação e resolução de problemas.

APÊNDICE XII

DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES DE FORMAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

(De um conjunto de perguntas efetuadas a 22 elementos do serviço, apresento apenas as perguntas e respostas relevantes para o meu projeto)

Na sua opinião, quais as vantagens e desvantagens da utilização de VNI comparativamente à ventilação invasiva?

Questionários	Resposta
1	O facto de ser menos invasiva
2	Vantagens: diminuição do risco de pneumonia nosocomial, conforto para o doente, não exige sedação, permite ao doente realizar ou ter mais autonomia nas AVD's, permite alimentação oral. Desvantagens: risco de úlceras/lesões de pressão a nível da face e requer sempre colaboração por parte do doente.
3	Método menos invasivo, diminuindo o risco de infeções pulmonares e outras complicações associadas. Melhor tolerância pelo doente com recurso à VNI. Trauma das vias aéreas.
4	Por ser não invasiva os riscos/complicações e limitações são menores.
5	Menos invasiva, menos risco de infeção e menos complicações.
6	Vantagens: permite a comunicação e a alimentação oral e a tosse, menor riscos de infeções Desvantagens: relacionadas com o interface (zonas de pressão, feridas), congestão nasal, fugas de ar, irritação ocular, insuflação gástrica.
7	Sempre que se verifique um caso, condição ou patologia em que seja frequente e estudado que a VNI oferece benefícios, compensa sempre experimentar VNI antes da ventilação invasiva. Nestes casos, não existem desvantagens na minha opinião.
8	Vantagens da VNI: prevenção de infeção respiratória, fácil utilização (não limita tanto o doente, inclusive na fala, pode ser usada por períodos)
9	Maior conforto para o doente, menor risco de infeção.
10	Vantagens: diminuição do risco de pneumonia, doente consegue comunicar. Desvantagens: o facto de ser necessário elevado grau de colaboração do doente poderá dificultar o sucesso.
11	Menos agressivo para o doente.
12	Vantagens: diminuição do risco de infeção, aumento do débito cardíaco. Desvantagens: aerofagia, lesões cutâneas na face.
13	Vantagens: pode colocar-se rapidamente e sem recorrer a sedação podendo ser intermitente, promovendo um desmame rápido. Por vezes permite a comunicação verbal e a alimentação oral do doente. Poderá possibilitar a alta precoce, pois pode ser utilizada no domicílio.

	Desvantagens: não deve ser utilizada em doentes sem tosse eficaz e/ou com muita expectoração. Distensão abdominal, por deglutição de ar. Obriga à colaboração do doente para haver sincronia respiratória, ou seja tem de estar consciente e orientado.
14	Menor risco de infeção. Maior tolerância. Maior facilidade no desmame ventilatório.
15	Vantagens: por evitar as complicações associadas à entubação orotraqueal e à ventilação mecânica, permite manter a capacidade de deglutição e a fala, sendo mais confortável para o doente. Desvantagens: nos doentes com muitas secreções brônquicas e que têm dificuldade em expelir.
16	Vantagens: menos riscos associados (infeção). Em princípio mais cómoda para o doente. Técnica de desmame ventilatório. Desvantagens: se pode ser utilizada, penso que não há (desde que o doente se adapte ao dispositivo).
17	Evita as complicações da ventilação invasiva. Permite alternar com ventilação espontânea. Permite que o doente degluta.
18	Vantagens: desmame ventilatório e extubação mais precoce, menos invasiva, permite a comunicação verbal. Desvantagens: maior disponibilidade e atenção da enfermagem, atraso da ventilação invasiva.
19	VNI é menos eficaz no processo de oxigenação, correção de distúrbios ácido-base. Contudo, é menos agressiva, mais tolerável pelo doente, com menos riscos de pneumonias. É contra -indicação em doentes agitado e/ou com muitas secreções.
20	Vantagens: maior conforto do doente, se o doente conseguir se adaptar e mantém-se calmo, controlando a ansiedade. Desvantagens: maior probabilidade de ineficaz limpeza traqueobrônquica.
21	Vantagens: menor risco de infeção e de complicações (pneumotórax). Desvantagens: maior dificuldade de adaptação.
22	Supostamente a VNI é mais confortável e expões o doente a menores riscos, nomeadamente, de infeção (é mais segura) mas não é muito conhecida/utilizada no serviço. É difícil não se ter fuga (colocar bem a máscara/arnês).

Considera que após formação apropriada, a utilização da VNI no serviço, mas principalmente no TxP seria benéfica? Porquê?

Questionários	Resposta
1	Não. Falta de colaboração do doente.
2	Desde que sejam cumpridos os critérios para a sua utilização será sempre benéfica a utilização em doentes imunodeprimidos, face ao risco diminuído de infeção respiratória.
3	Relativamente ao TxP não tenho conhecimentos suficientes sobre as suas vantagens nestes doentes, quanto aos outros, julgo que sim, visto ser uma modalidade mais compatível com independência do doente (evitando os riscos da ventilação invasiva).
4	Seria benéfica, mas nem sempre o fator psicológico permite e facilita a utilização de VNI.
5	Seria benéfico mas.... (impercetível)
6	Considero que sim. Uma vez que a extubação seria mais precoce, trazendo benefícios para o doente.
7	Sim porque a experiência do profissional de saúde que acompanha o doente com VNI é determinante para o sucesso da mesma. Devido à importância de saber como ajustar a mesma às necessidades do doente.
8	Depende do doente em questão e da sua necessidade de VNI, ou seja, depende da frequência com que os doentes transplantados necessitam de VNI.
9	Sim, pelas razões acima referidas (maior conforto para o doente, menor risco de infeção).
10	Sim, significando menos reentubações e talvez períodos de ventilação invasiva menos prolongados.
11	Sim porque reduzia o risco de infeção.
12	Depende do doente. À partida o doente TxP teve já o tratamento cirúrgico para a sua patologia.
13	Sim, extubação precoce principalmente em doentes já com hábitos de VNI e não reentubação em casos específicos.
14	Sim, pelos motivos acima descritos (menor risco de infeção, maior tolerância, maior facilidade no desmame ventilatório)
15	Pelas vantagens descritas anteriormente, considero ser benéfico. No entanto, é necessária formação e aquisição dos dispositivos de ventilação, tais como BiPAP e CPAP.

16	Sim, pelas vantagens supracitadas (menos riscos associados, infeção). Em princípio mais cómoda para o doente no desmame ventilatório. Não depende dos enfermeiros.
17	Não devido ao facto desses doente serem muito ansiosos e poderem não colaborar com VNI.
18	Sim. Promoção da extubação precoce, menores risco de infeção e promoção da autonomia do doente.
19	Sim. Porque raramente temos doente em VNI no serviço e as dúvidas são algumas. Uma formação adequada seria uma mais valia para os profissionais e para os doentes.
20	Sim porque permite maior autonomia e promover a recuperação do doente, evitar infeções.
21	Pode ser no sentido do doente passar mais rapidamente para VNI e não estar tanto tempo ventilado.
22	Sim pelos motivos acima expostos.

Relativamente ao pós-operatório imediato do TxP, existe alguma área ou assunto, além dos anteriormente mencionado, que gostaria de ver abordado em sessão formativa (formação em serviço)?

Questionário	Resposta
1	Não
2	Não
3	Ensinos aos doentes transplantados (folheto para os doentes e informações para os profissionais de saúde.
4	Medicação específica do doente transplantado, seus efeitos secundários, ação e preparação.
5	Oxido nítrico, efeitos secundários de certos medicamentos (ATG..)
6	Terapêutica mais comum, abordando indicações terapêuticas, dosagem mais frequentes e efeitos secundários.
7	Penso que os temas anteriormente mencionados são realmente os mais importantes a serem abordados.
8	Terapêutica específica do TxP.
9	Ventilação protetora, protocolo de desmame ventilatório, patologias, implicações de enfermagem

10	...
11	Não
12	EPS no doente TxP e sua família
13	Alimentação. Ação de formação após realização do guia para o Tx, para retirar dúvidas.
14	Ensinos para a alta (pós-operatório imediato).Repetir formação de Swan – Ganz
15	Os assuntos mencionados parecem-me ser muito importantes. Seria interessante uniformizar a informação a ser dada ao doente sobre os cuidados a ter em casa, de forma a garantir que todos os assuntos são devidamente abordados com o doente da forma correta, para tal uma sessão de formação sobre o assunto permitiria essa uniformização.
16	Penso que não. As temáticas já são suficientemente abrangentes
17	Não
18	Ventilação com óxido nítrico, administração de ATG mais tardiamente e alimentação.
19	Poderia ser abordada a administração de terapêutica específica para este tipo de doentes.
20	Utilização e monitorização de cateter Swan-Ganz
21	Relativamente aos alimentos que pode comer em casa de um modo mais aprofundado.
22	Não

APÊNDICE XIII

PLANO DA SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO- TRANSPLANTE
PULMONAR: CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Plano da Sessão

TEMA: Transplante Pulmonar: cuidados de Enfermagem

DATA: nas passagens de turno

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros do Serviço de Cirurgia Cardiotórácica



- Dar resposta a uma necessidade de formação identificada no diagnóstico de necessidades
- Sensibilizar para a melhoria da qualidade dos cuidados ao doente transplantado pulmonar, através da EPS
- Uniformizar os conhecimentos e práticas dos enfermeiros relativamente à preparação de medicação

METODOLOGIA/ESTRATÉGIAS:

- O método que irá ser mais utilizado nesta formação será o **método expositivo**, havendo transmissão oral dos conteúdos.
- Haverá momentos de esclarecimento de dúvidas (**método interrogativo**).

MATERIAL/EQUIPAMENTO:

- Computador Portátil
- Retroprojektor

TEMPO/DURAÇÃO:

- Introdução - +/- 2 minutos
- Desenvolvimento - +/- 12 minutos
- Conclusão - +/- 2 minutos

AValiação:

- Momento de avaliação final decorre da colocação de questões aos elementos presentes.

APÊNDICE XIV

SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO- TRANSPLANTE PULMONAR:
CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Transplante pulmonar

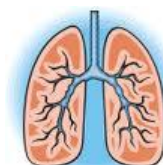
Cuidados de enfermagem

Dina Lopes
Joana Silva

Fevereiro de 2013



Objectivos



- Uniformizar os conhecimentos e práticas dos enfermeiros relativamente à preparação de medicação no pós-operatório imediato e na educação para a saúde dos doentes submetidos a transplante pulmonar e sua família.
- Dar resposta ao questionário de diagnóstico de necessidades de formação dos enfermeiros

Educação para a saúde



Bahruth (2004); Fragata et al. (2009); ITNS (2008)

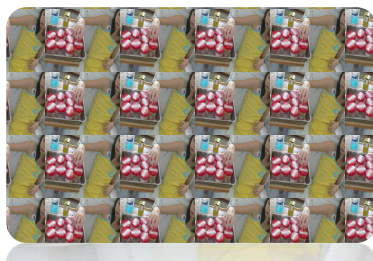
Educação para a saúde



• Adesão ao Regime Medicamentoso

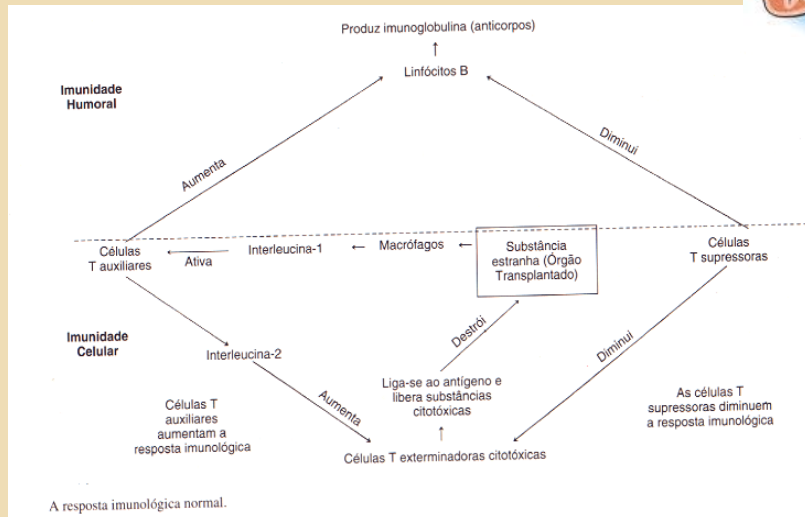
Ensinar/Instruir/Treinar

- Terapêutica Imunossupressora
- Terapêutica Inalatória
- Terapêutica profilática



Bahruth (2004); ITNS (2011)

RESPOSTA IMUNOLÓGICA NORMAL



Complicação → **Rejeição**

Thelan *et al* (1996)

Terapêutica Imunossupressora



✓ Ciclosporina/Tacrolimus

- Inibe a resposta imunitária, celular e humoral, por inibição da interleukina II

✓ Azatioprina/MMF

- Supressão da imunidade celular e interferência na formação de anticorpos. Antagoniza o metabolismo da purina, com inibição subsequente da síntese de DNA e RNA

✓ Metilprednisolona/Prednisolona

- Glucocorticóide, suprime a inflamação e a resposta imunológica normal

Thelan *et al* (1996)

Cuidados Especiais

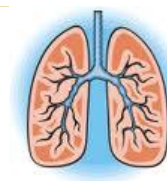


Ciclosporina/Tacrolimus

Preparação Endovenosa

- Pode provocar **reações anafiláticas** (Óleo de rícino polioxietilado) Se ocorrer anafilaxia, suspender de imediato perfusão.
- Após diluição homogeneizar a solução
- Deverá ser administrada em via única
- Não deve ser preparado por grávidas

Cuidados Especiais

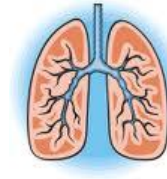


Ciclosporina/Tacrolimus

Educação para a Saúde

- Deve ser tomada **sempre há mesma hora** (estômago vazio)
- Não deve **comer toranja ou beber sumo de toranja**
- Em dia de colheita de sangue, **tomar depois das análises**
- Em caso de esquecimento, tomar **até 4h** antes da próxima toma
- Não tomar a dose a dobrar
- **Em caso de vômito durante a primeira meia hora após a toma, deverá repetir a dosagem**
- Se tomar dose superior à prescrita, contacte o médico.

Cuidados Especiais

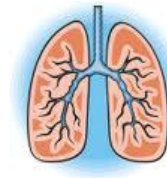


Ciclosporina

Solução Oral

- Tomar **sempre** em copo de vidro
- Tomar preferencialmente com sumo (**excepto toranja**)
- Colocar a data de abertura na embalagem (**validade de 2 meses**)
- Não tocar com a seringa no líquido do copo
- **Não lavar** a seringa (apenas limpar com lenço de papel seco)
- Guardar o frasco à **temperatura ambiente** (nunca no frigorífico)

Cuidados Especiais



Ciclosporina

Cápsulas

- Retirar a cápsula **imediatamente antes** de a tomar
- Engolir as cápsulas **inteiras** sem mastigar
- Conservar as cápsulas à temperatura ambiente

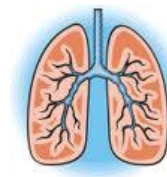
Cuidados Especiais



Tacrolimus

- Não tomar medicamentos à base de plantas nem chás de ervas medicinais
- Retirar a cápsula **imediatamente antes** de a tomar
- Engolir as cápsulas **inteiras** sem mastigar
- Tomar de **estômago vazio**, ou **1 hora antes** das refeições, ou **2 a 3 horas após** as refeições.

Cuidados Especiais



Azatioprina/Micofenolato de Mofetil

Preparação Endovenosa

- Verificar se existe preparação no frigorífico – **confirmar dosagem**
- Preparar respeitando medidas de autoproteção (**EPI completo**)
- **Fotossensível** (Azatioprina)
- Não deve ser preparado por grávidas

Cuidados Especiais

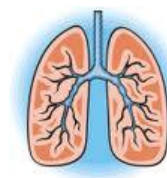


Azatioprina/Micofenolato de Mofetil

Preparação Perós

- **MMF xarope:**
 - Preparar respeitando medidas de autoproteção (**EPI completo**)
 - Guardar no frigorífico e identificar a data de abertura da embalagem
- Tomar após as refeições
- Em caso de esquecimento, tomar até 4h antes da próxima toma.
Não tomar a dose a dobrar
- **Em caso de vômito durante a primeira meia hora após a toma, deverá repetir a dosagem**
- Se tomar dose superior à prescrita, contacte o médico.

Cuidados Especiais



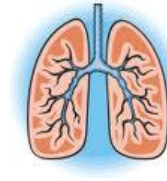
Metilprednisolona

- A dose diminui ao longo do internamento
- Vigiar glicémia
- Pode ser administrado em doses elevadas, em bólus (nos caso de rejeição)

Prednisolona

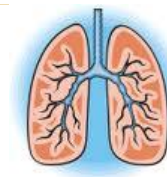
- Tomar depois das refeições
- Atenção aos comprimidos com diferentes dosagens (20mg, 5mg)
- Não dividir os comprimidos de 5mg (apenas os comprimidos de 20mg podem ser divididos)

Terapêutica Inalatória

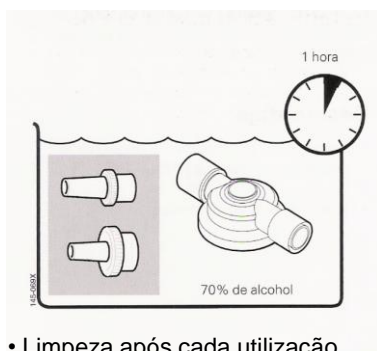


- Utilizar nebulizador ou máscara nebulizadora próprios para cada tipo de medicamento
- Colocar o material da nebulização em álcool 70° pelo menos 1 hora.
- Limpar a máscara após nebulização.
- Treinar com o doente
- Doentes que realizavam terapêutica inalatória pré-transplante, terão de devolver todo o equipamento (será fornecido novo equipamento).

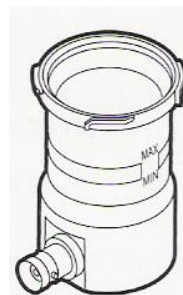
Cuidados Especiais



Limpeza de equipamentos:

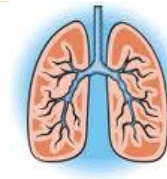


- Limpeza após cada utilização
- Lavagem com água destilada
- Álcool a 70° durante 1 hora
- Secar com compressa esterilizada

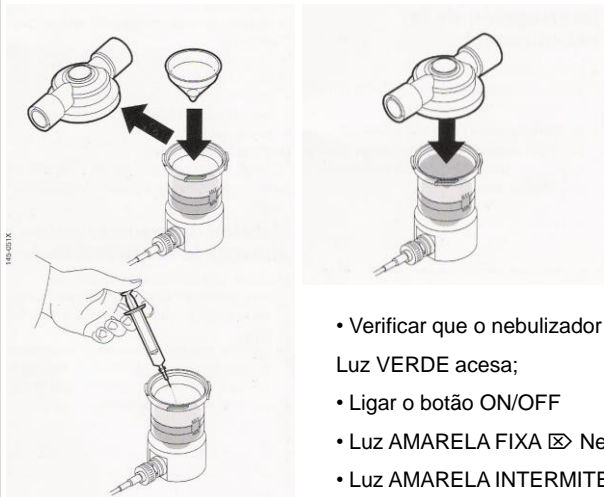


- Limpar com compressa embebida em álcool a 70° e secar bem.

Cuidados Especiais

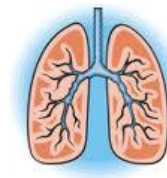


Preparação e utilização:

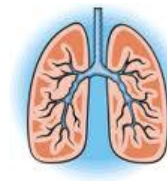


- Verificar que o nebulizador está ligado à corrente – Luz VERDE acesa;
- Ligar o botão ON/OFF
- Luz AMARELA FIXA ☒ Nebulização;
- Luz AMARELA INTERMITENTE ☒ Falha/Avaria;

Cuidados Especiais



Cuidados Especiais



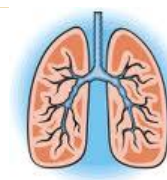
Anfotericina B

- Preparar respeitando medidas de autoproteção (EPI Completo)
- Diluir em 10cc água destilada (5mg/ml)
- Guardar no frigorífico com data e hora de preparação na embalagem (validade de 24h)
- Vigiar sinais e sintomas como taquicardia, febre, dessaturação, broncospasmo...

Anfotericina B Lipossômica

- Diluir em 12cc água destilada (administrar 6cc)
- Guardar no frigorífico com data e hora de preparação na embalagem (validade de 7dias)

Cuidados Especiais



Colistina

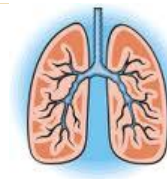
- Proteger da luz
- Diluir em 2 a 4cc de água destilada
- Poderá fazer espuma
- Utilizar imediatamente após reconstituição. Não guardar.

Trobamicina

- Armazenada no frigorífico
- Proteger da luz

Vancomicina

Outras Medicações



Imunossupressores

- **Linfoglobulina – ATG 20mg/ml** (Imunoglobulina anti-linfócitos ou Globulina Anti-timocitária -anti-corpos células T)
- **Timoglobulina 25mg/ml** (Imunoglobulina de coelho anti-timócitos humanos)

Profilaxia Microbiológica

- **Profilaxia antibiótica** - tazobac, ceftazidima, ...
- **Profilaxia antivírica** - ganciclovir/valganciclovir, aciclovir, ..
- **Profilaxia antifúngica** - nistatina, fluconazol, ..
- **Profilaxia toxoplasma** – pirimetamina
- **Profilaxia micobactérias** – isoniazida

Outras Medicações



Anti-anémicos e estimulantes da hematopoiese

- Folinato de Cálcio
- EPO (40.000UI)

Profilaxia da Osteoporose

- Alendronato de Sódio
- Acetilcisteína 20%
- Pancreatina
- Cálcio



Obrigado

APÊNDICE XV

PROGRAMA DO *WORKSHOP* DE TRANSPLANTAÇÃO PULMONAR
(Panfleto utilizado para divulgação do *Workshop*)

Inscrição Gratuita mas obrigatória!
(até dia 6 de Março de 2013)
Para e-mail:
w.transplantepulmonar.chlc@gmail.com



Comissão Científica:

Prof. José Fragata
Dr. João Cardoso
Dr. Fernando Martelo
Dra. Luísa Semedo
Enf.ª Clara Vital
Enf.ª Armandina Antunes
Prof. Cândida Durão

Comissão Organizadora:

Enf.ª Dina Lopes
Enf.ª Joana Silva



I Workshop

de Transplantação Pulmonar



Serviço de Cirurgia Cardiorácica

8 de Março de 2013

Apoios:



Design por:
**green
imag'in**
design
publico

PROGRAMA

Sexta-feira, 8 de Março de 2013

9h00

Sessão de Abertura

9h15

Transplantação Pulmonar – que realidade?

Moderador: Prof. José Fragata, Dr. João Cardoso, Enf.ª Armandina Antunes

Referenciar doentes para transplante pulmonar

Nicole Murinello (Pneumologista, Serviço de Pneumologia - [REDACTED])

Da referenciação do potencial dador ao transplante pulmonar

Edite Pedro (Enfermeira Chefe, Coordenadora de Enfermagem de Transplantação - [REDACTED])

O Transplante pulmonar- o estado da arte

Alexandra Borbia (Pneumologista, Serviço de Pneumologia - [REDACTED])

Cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato do doente/família submetido a Transplante Pulmonar

Dina Lopes (Enfermeira, Serviço de Cirurgia Cardiotorácica - [REDACTED])

11h00

Intervalo

11h30

Qualidade de Vida no Transplante Pulmonar

Moderador: Dra. Luísa Semedo e Enf.ª Joana Silva

Como preparar doentes com Fibrose Quística numa consulta de enfermagem

Raquel Bolas (Enfermeira Especialista de Reabilitação, Unidade de Reeducação Funcional Respiratório - [REDACTED])

Transplantação Pulmonar:

Como se sobrevive a uma morte anunciada?

Edite Tavares (Psicóloga)

12h30

Almoço

14h00

Transplantação pulmonar: técnicas e competências

Moderador: Dr. Fernando Martelo e Enf.ª Clara Vital

Manejo de complicações da técnica cirúrgica

Ivan Bravio (Cirurgião Torácico, Serviço de Cirurgia Cardiotorácica - [REDACTED])

O ECMO no transplante pulmonar

Paulo Franco (Perfusionista, Serviço de Cirurgia Cardiotorácica - [REDACTED])

Prevenção da pneumonia associada à ventilação

Fernanda Pereira (Enfermeira Chefe, Comissão de Controlo de Infecção - [REDACTED])

Controlo da dor no doente transplantado pulmonar

Lurdes Castro (Anestesista - [REDACTED])

A reabilitação pulmonar do doente submetido a transplante pulmonar

Cristina Gavinho (Fisioterapeuta - [REDACTED])

15h30

Intervalo

16h00

Sessão Prática

Ventilação Não-Invasiva – Da teoria à prática

(Ventiladores, Interfaces, Modalidades, Adaptação, Vigilância)

Alexandra Mineiro (Pneumologista, Serviço de Pneumologia - [REDACTED])

Cuidados de Enfermagem ao Doente

Submetido a Ventilação Não-Invasiva

Enf.ª Paula Esteves, Enf.ª Especialista de Reabilitação Dulce Ferreira

(Enfermeiras – Serviço de Pneumologia - [REDACTED])

18h30

Sessão de Encerramento



APÊNDICE XVI

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO *WORKSHOP* DE TRANSPLANTAÇÃO PULMONAR

Faz parte do nosso objetivo desenvolver competências formativas e pedagógicas, com resposta a um diagnóstico de necessidades e expectativas. Assim, valorizamos a sua opinião e precisamos das suas impressões. Por favor, use algum tempo para completar esta avaliação relativamente ao Workshop de Transplantação Pulmonar. Solicitamos que no final entregue junto ao secretariado.

Faça um círculo (O) na classificação que achar mais correta para cada uma das questões:

Satisfação – porque participou neste Workshop? _____

	Desagrado completo	Desagrado	Razoável	Concordo	Concordo completamente
Globalmente, o Workshop agradou-lhe?	1	2	3	4	5
O Workshop correspondeu às suas expectativas iniciais	1	2	3	4	5
O Workshop permitiu adquirir novos conhecimentos	1	2	3	4	5
Considerou o Workshop uma mais-valia para o seu desempenho profissional	1	2	3	4	5
Os conteúdos do Workshop são relevantes e úteis	1	2	3	4	5
A duração do Workshop foi adequada (adequação do tempo ao programa)	1	2	3	4	5
Gostaria de participar num próximo Workshop relacionado com este tema	1	2	3	4	5

Organização e instalações

	Desagrado completo	Desagrado	Razoável	Concordo	Concordo completamente
A divulgação do Workshop foi suficiente e clara	1	2	3	4	5
Foi fácil realizar a inscrição	1	2	3	4	5
As instalações e equipamentos eram adequados	1	2	3	4	5

Algum comentário/sugestão que queira fazer sobre o Workshop, as instalações, os palestrantes e a organização, ou indicação de outras ações de formação que gostaria de frequentar?

Entregue no secretariado.

Obrigado!

APÊNDICE XVII

RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO *WORKSHOP* DE TRANSPLANTAÇÃO PULMONAR

Dos muitos participantes que assistiram ao workshop (mais de 100) apenas foram entregues 48 questionários.

Satisfação – porque participou neste Workshop?

- **10 Pessoas responderam ‘adquirir novos conhecimentos’**
- **18 Pessoas sublinharam o ‘interesse no tema’**

	Desagrado completo	Desagrado	Razoável	Concordo	Concordo completamente
Globalmente, o Workshop agradou-lhe?	0	0	0	23	25
O Workshop correspondeu às suas expectativas iniciais	0	0	0	26	22
O Workshop permitiu adquirir novos conhecimentos	0	0	1	33	14
Considerou o Workshop uma mais-valia para o seu desempenho profissional	0	0	5	17	26
Os conteúdos do Workshop são relevantes e úteis	0	0	0	16	32
A duração do Workshop foi adequada (adequação do tempo ao programa)	0	0	2	29	17
Gostaria de participar num próximo Workshop relacionado com este tema	0	0	4	12	30

Organização e instalações

	Desagrado completo	Desagrado	Razoável	Concordo	Concordo completamente
A divulgação do Workshop foi suficiente e clara	0	3	12	20	13
Foi fácil realizar a inscrição	0	0	2	6	40
As instalações e equipamentos eram adequados	0	3	7	25	13

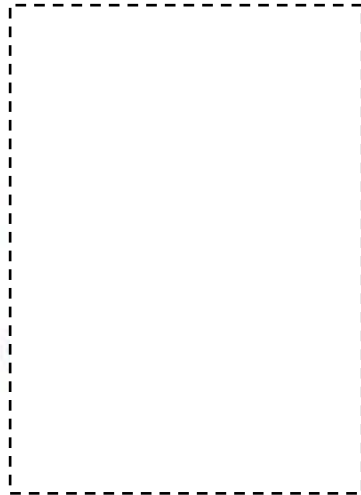
Algum comentário/sugestão que queira fazer sobre o Workshop, as instalações, os palestrantes e a organização, ou indicação de outras ações de formação que gostaria de frequentar?

Ao pedido de sugestões ou comentários sobre o *workshop* os participantes responderam:

- 5 Pessoas defendem que deveria ter havido ‘maior divulgação’
- 6 Pessoas asseguram que o ‘auditório estava muito quente’
- 8 Pessoas anseiam por um ‘novo *workshop*’ sobre o mesmo tema
- 1 Pessoa congratula o facto de ter ‘uma abordagem multidisciplinar’
- 1 Pessoa lamenta o ‘não cumprimento do horário’
- 5 Pessoas salvaguardam a ‘excelente organização’

ANEXO I

PROTOCOLO GERAL DE TRANSPLANTAÇÃO PULMONAR



PROTOCOLO GERAL DE TRANSPLANTAÇÃO PULMONAR

LISBOA – 2010

Elaborado em 2006 pelo Grupo de Transplante
Pulmonar



	CENTRO DE TRANSPLANTAÇÃO	PROTOCOLO GERAL DE TRANSPLANTAÇÃO PULMONAR
--	---------------------------------	---

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	3
INDICAÇÕES PARA TRANSPLANTE PULMONAR.....	3
SELECÇÃO DE CANDIDATOS	4
CRITÉRIOS GERAIS DE SELECÇÃO	4
CRITÉRIOS ESPECÍFICOS DAS PATOLOGIAS MAIS FREQUENTES	4
CRITÉRIOS DE OPÇÃO POR TxP UNI OU BILATERAL	7
AVALIAÇÃO DO CANDIDATO	8
SELECÇÃO / MANUTENÇÃO DO DADOR.....	10
ELEMENTOS PRÉVIOS	10
CRITÉRIOS DE SELECÇÃO DOS DADORES	10
COMPATIBILIDADE DADOR / RECEPTOR	11
COORDENAÇÃO COLHEITA – IMPLANTE.....	12
MANUTENÇÃO DO DADOR	13
PREPARAÇÃO DO CANDIDATO ESCOLHIDO	14
ANESTESIA.....	15
PRÉ-OPERATÓRIO.....	15
INTRA -OPERATÓRIO	15
ANEXO 1	18
AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE C.E.C.	20
ANEXO 2	21
CIRURGIA.....	22
TÉCNICA DE EXTRACÇÃO	22
PREPARAÇÃO DO ENXERTO.....	23
IMPLANTE PULMONAR	24
PROTOCOLO PÓS – OPERATÓRIO IMEDIATO.....	26
CUIDADOS NA UCI	26
MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO	26
IMUNOSSUPRESSÃO.....	27
PROFILAXIA MICROBIOLÓGICA	28
OUTRAS TERAPÊUTICAS	29
PROTOCOLO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO.....	30

	CENTRO DE TRANSPLANTAÇÃO	PROTOCOLO GERAL DE TRANSPLANTAÇÃO PULMONAR
--	---------------------------------	---

Indicações e contra-indicações / Avaliação inicial / Seguimento dos doentes / Protocolos segmentares / Constituição da equipa / Agenda geral / Textos de informação pública

INTRODUÇÃO

O Programa de Transplante Pulmonar (TxP) oferece uma abordagem multidisciplinar para avaliação e selecção de doentes adultos ou pediátricos, com vista à sua integração no programa, preparação pré-operatória, cirurgia, seguimento e assistência após a alta do Hospital.

Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Fisioterapeutas, Assistentes Sociais, Dietistas, etc., colaboram entre si na avaliação, selecção e seguimento dos doentes necessitados de um transplante pulmonar, cardíaco ou cardiopulmonar, antes e depois de efectuado.

Os doentes transplantados e as suas famílias, durante o processo de transplante e para o resto das suas vidas, são e serão apoiados pelos técnicos, enfermeiros e médicos, que integram o **Grupo de Transplante Pulmonar do Centro de Transplantação do Hospital de Santa Marta**.

INDICAÇÕES PARA TRANSPLANTE PULMONAR

☐ **Doença pulmonar obstrutiva**

Déficite de $\alpha 1$ – antitripsina

Enfisema

Bronquiolite obliterante

☐ **Doença pulmonar supurativa crónica**

Fibrose quística

Bronquiectasias

☐ **Doença pulmonar restritiva**

Fibrose pulmonar idiopática

Outras doenças do interstício pulmonar:

Doença pulmonar ocupacional

Doença relacionada com quimioterapia ou radioterapia

Sarcoidose

Colagenoses (com envolvimento pulmonar predominante)

Granuloma eosinófilo

Linfangioleiomiomatose

Microlitíase alveolar

Outras (etiologia conhecida ou desconhecida)

☐ **Doença vascular pulmonar**

Hipertensão pulmonar primária

Síndrome de Eisenmenger

Hipertensão pulmonar por tromboembolismo

Doença veno – oclusiva

CRITÉRIOS DE SELECÇÃO DOS CANDIDATOS A TRANSPLANTE PULMONAR

A transplantação pulmonar está indicada para todos os doentes com doença pulmonar crónica terminal que estejam sob terapêutica médica optimizada, para os quais não exista qualquer outra alternativa, e que não apresentem contra-indicações.

A referenciação dos doentes deve ser efectuada quando se prevê uma sobrevida aos 3 anos inferior a 50% e/ou classe funcional III/IV da NYHA.

Contra-indicações absolutas

- Doença neoplásica activa nos últimos 2 anos, com excepção de alguns tumores cutâneos (basalioma e epidermóide). Sugere-se um intervalo livre de doença de 5 anos. A única excepção possível será o carcinoma bronquíolo-alveolar do pulmão localizado.
- Disfunção grave de outro órgão ou sistema, nomeadamente doença coronária sem tratamento (cirúrgico ou por coronariografia).
- Infecção extrapulmonar crónica, nomeadamente hepatite B crónica activa, hepatite C e VIH.
- Deformidades importantes da caixa torácica.
- Incapacidade de manter aderência a programa terapêutico complexo e a um seguimento regular em consulta.
- Doença psiquiátrica que comprometa a aderência ao tratamento.
- Ausência de apoio familiar e social adequado.
- Dependência activa de substâncias (álcool, tabaco e drogas) ou período de abstinência inferior a 6 meses.
- Contra-indicação para imunossupressão.

Contra-indicações relativas

- Idade superior a 65 anos.
- Situação clínica instável, nomeadamente sépsis, ventilação mecânica invasiva e shock.
- Mau performance status, que dificulte a aderência a um programa de reabilitação funcional.
- Colonização com microrganismos multiresistentes ou agressivos.
- Obesidade com IMC > 30 kg/m² ou caquexia com IMC < 15 Kg/m²
- Condições médicas que não tenham condicionado lesão de órgão-alvo terminal (ex. *diabetes mellitus*, HTA, doença coronária, refluxo gastro-esofágico e doença péptica) devem ser optimizadas antes da transplantação.
- Corticoterapia em dose superior a 20mg de prednisolona ou equivalente.

Crítérios de referenciação por patologia

Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

Devem ser referenciados:

- Doentes com índice de BODE > 5

Devem ser incluídos na lista de transplante:

- Doentes com índice de BODE 7 – 10 ou pelo menos um de:

Índice de BODE				
	0	1	2	3
FEV₁ (%)	≥65	50-64	36-49	≤35
Distância na prova 6min (m)	≥350	250-349	150-249	≤149
Dispneia MRC	0 – 1	2	3	4
IMC	>21	≤21		

- Hospitalização por exacerbação com hipercápnia aguda (PACO₂ > 50mmHg);
- Hipertensão pulmonar ou *cor pulmonale* sob OLD;
- FEV₁ < 20% com DLCO < 20% ou enfisema homogéneo.

Fibrose Quística e outras causas de Bronquiectasias

Apesar destes doentes estarem frequentemente colonizados por microorganismos multiresistentes, esse facto não constitui actualmente uma contra-indicação absoluta, devendo ser analisada a situação caso a caso.

Devem ser referenciados os doentes com:

- $FEV_1 < 30\%$ ou declínio acentuado do FEV_1 ;
- Exacerbação grave com necessidade de internamento na UCI;
- Aumento da frequência das exacerbações infecciosas;
- Pneumotóracas recorrentes ou refractários;
- Hemoptises recorrentes não controladas por embolização.

Devem ser incluídos em lista de transplante os doentes com:

- Insuficiência respiratória sob oxigenoterapia;
- Hipercapnia;
- Hipertensão pulmonar.

Fibrose Pulmonar Idiopática e NSIP

Devem ser referenciados todos os doentes com:

- Diagnóstico histológico ou radiológico de UIP;
- Diagnóstico de NSIP fibrótica.

Devem ser incluídos em lista de transplante todos os doentes com:

- Evidência histológica ou radiográfica de UIP e qualquer um de:
 - $DLCO < 39\%$;
 - Diminuição da CVF superior a 10% em 6 meses;
 - $SpO_2 < 88\%$ na prova de marcha;
 - TC torácica com padrão em favo de mel (score de fibrose >2).
- Evidência histológica de NSIP fibrótica e qualquer um de:
 - $DLCO < 35\%$;
 - Diminuição da CVF superior a 10% ou diminuição da $DLCO > 15\%$ em 6 meses.

Fibrose Pulmonar associada a Doenças do Colagénio

Não existem dados que permitam definir guidelines, pelo que os doentes devem ser avaliados individualmente.

Assim:

- Excluir doença sistémica activa;
- Excluir vasculite activa;
- Referenciar doentes com $CVF < 75\%$.

Hipertensão Pulmonar Arterial

Devem ser referenciados todos os doentes com:

- Classe funcional III/IV da NYHA, independentemente da terapêutica em curso;
- Doença rapidamente progressiva.

Devem ser incluídos em lista de transplante todos os doentes com:

- Classe funcional III/IV da NYHA sob terapêutica máxima (nomeadamente ev);
- Resultado da prova de marcha < 350m ou a diminuir;
- Índice cardíaco inferior a $2\text{L}/\text{min}/\text{m}^2$;
- Pressão na aurícula direita > 15mmHg.

Sarcoidose

Deve ser avaliado cuidadosamente o envolvimento extra-pulmonar da doença.

Devem ser referenciados:

- Doentes com classe funcional III/IV da NYHA.

Devem ser incluídos em lista de transplante:

- Doentes com classe funcional III/IV da NYHA e qualquer um de:
- Hipoxémia em repouso;
- Hipertensão pulmonar;
- Pressão na aurícula direita > 15mmHg.

Linfangioleiomiomatose (LAM) e Histiocitose de Células de Langerhans

Devem ser referenciados:

- Doentes com classe funcional III/IV da NYHA.

Devem ser incluídos em lista de transplante os doentes com:

- Compromisso marcado da função pulmonar e da capacidade de exercício (ex. $\text{VO}_2\text{max} < 50\%$);
- Hipoxémia em repouso.

Estes critérios foram elaborados com base nos guidelines internacionais da ISHLT.
International Guidelines for the Selection of Lung Transplant Candidates: 2006 Update J Heart Lung Transplant 2006;25: 745-55

CRITÉRIOS DE OPÇÃO POR TxP UNI OU BILATERAL

Não existindo dúvidas na necessidade de realizar um TxP bilateral em situações de patologia infecciosa (fibrose quística e bronquiectasias), não está ainda universalmente aceite o tipo de TxP a efectuar nos casos de fibrose pulmonar.

Desde 1999 / 2000, apesar de criar algumas dificuldades no pós-operatório, a fibrose pulmonar é tratada com êxito por TxP unilateral, no centro que nos serve de referência – a Clínica Puerta del Hierro; a escolha do pulmão é feita após realização de gamagrafia de perfusão, optando-se pelo órgão menos funcionante.

Na doença obstrutiva, tende-se a realizar um TxP bilateral em doentes <50 anos, com doença bolhosa, reservando-se o TxP unilateral para os mais idosos.

Na hipertensão pulmonar, opta-se em princípio por um transplante cardiopulmonar, salvo se existe ainda uma função cardíaca relativamente conservada, caso em que se optará por um TxP bilateral.

Nas outras doenças, muito menos frequentes, a opção será feita caso a caso.

AVALIAÇÃO DO CANDIDATO

- HISTÓRIA CLÍNICA – com especial atenção a:

- Progressão da doença
- Tolerância ao esforço / necessidade de aporte de O₂
- Medicação habitual (atenção aos corticóides)
- Toxicofilia (tabaco, álcool, outras)
- Transfusões e alergias
- Cirurgia torácica prévia
- Tuberculose pulmonar / Mantoux / BCG

- **EXAME FÍSICO** – Sem anomalias ou disfunções que impeçam ou dificultem a cirurgia ou o pós-operatório; referenciar peso e altura.

- EXAMES LABORATORIAIS

- Rotinas – Hematologia e Bioquímica
- *Clearance* de creatinina
- Gasometria arterial – (com e sem O₂)
- Virulogia – HIV, Hepatites, CMV, Herpes, Toxoplasma, Epstein-Barr
- Endocrinologia – Função tiroideia (risco de hipotireoidismo no pós-operatório)

- RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- ECG

- AVALIAÇÃO ESTOMATOLÓGICA

- AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

- AVALIAÇÃO GINECOLÓGICA E INÍCIO DE CONTRACEPÇÃO (Mamografia obrigatória nas mulheres com idade > 40 anos)

- AVALIAÇÃO UROLÓGICA (homens com idade > 40 anos)

- AVALIAÇÃO POR MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO (*vide* protocolo próprio)

- ESTUDOS PARTICULARES

Avaliação pneumológica:

- TC do Tórax
- Provas de Função Respiratória com estudo das necessidades de aporte de O₂
- Gamagrafia de Ventilação / Perfusão, com estudo da perfusão diferencial em cada pulmão

Avaliação cardiológica:

- Ecocardiograma com estudo do ventrículo direito (VD)
- Estudo da função do VD e VE por Gamagrafia (se possível)
- Cateterismo direito e esquerdo com Coronariografia se:
 - 1) tiver idade > 40 anos;
 - 2) tiver queixas sugestivas de Insuficiência Cardíaca;
 - 3) não for possível Gamagrafia.

Durante o estudo inicial, contactar LUSOTRANSPLANTE para inscrição do doente e combinar envio de sangue (data, quantidade, tubos e testes a efectuar).

SELECÇÃO / MANUTENÇÃO DO DADOR ELEMENTOS PRÉVIOS

Quando estabelecido contacto, por existência de eventual dador, confirmar:

- Consulta do RENND (Registo Nacional de Não Dadores)
- Idade do dador
- Tempo de Intubação / Ventilação
- Ausência de traumatismo torácico
- Radiografia de tórax sem alterações
- Estabilidade hemodinâmica e ventilatória
- Ausência de infecção

Podem evitar-se várias deslocações!

CrITÉRIOS de selecção dos dadores

Na avaliação dos dadores não devem ser utilizados critérios isolados.

Ao ponderar a aceitação de um dador marginal deve-se ter em atenção o estado clínico do receptor, o tempo de isquémia previsto para o órgão e a experiência do centro.

CrITÉRIOS de selecção de dadores		
	Convencional	Alargado
Idade	< 55 ^a	< 65A (só se tempo de isquémia < 6h) ¹
Carga tabágica	< 20UMA	< 30UMA
AP respiratórios	Nenhuns	Asma controlada
AP neoplasia	Nenhuns (excepto certos cutâneos e certos tumores SNC) ²	
Tempo de ventilação	< 48h	Avaliar em conjunto com parâmetros de infecção
Traumatismo torácico	Ausente	
Aspiração / sépsis	Ausente	
Antecedentes de cirurgia cardiopulmonar / pleurodese	Ausentes (no lado da colheita se Tx unilateral)	
Rx tórax	Sem alterações	Alterações minor ³
Secreções brônquicas	Ausentes	Unilaterais, não purulentas, facilmente aspiráveis por BF e sem fungos no exame directo
GSA com PEEP 5cmH ₂ O e FiO ₂ 100%	Optimização do dador aceitar se PaO ₂ final > 300mmHg	
Instabilidade hemodinâmica / aminas	Optimização do dador aceitar apenas dopamina < 10µg/kg/min	
Compatibilidade ABO e Rh	Igualdade	Compatibilidade (mas usar sangue do grupo do dador)
Crossmatch	Sim	Em receptores previamente sensibilizados
Compatibilidade de tamanho	Variação de altura □ 15cm; variação de CPT □ 15-20% ⁴	Redução do volume pulmonar do dador por lobectomia

1 – Este critério está associado a aumento da mortalidade em centros com baixo número de transplantes/ano

2 – Podem ser aceites como dadores indivíduos com antecedentes de basaliomas ou tumores epidermóides da pele, carcinoma do colo do útero *in situ*, tumores primários do SNC com histologia de baixo grau, não recorrentes e sem craniotomia, *shunt* ventricular ou irradiação prévias

3 – São consideradas alterações minor alterações unilaterais, localizadas e com broncofibroscopia normal

4 – Cálculo da CPT: $H = 7,99 \times \text{altura (m)} - 7,08$ / $M = 6,6 \times \text{altura (m)} - 5,79$

Estes critérios foram elaborados com base no artigo A Review of Lung Transplant Donor Acceptability Criteria. Orens et al; J Heart Lung Transp 2003; 22 (11): 1183-1200

COMPATIBILIDADE DADOR / RECEPTOR

- Compatibilidade ABO

- Compatibilidade de dimensões:

- Altura – variação de ± 15 cm

- Medição do tórax: (admite-se uma variação de 10 a 15%)

- *in vivo*

- no Rx de tórax

- Cálculo da Capacidade Pulmonar Total (TLC): (admite-se variação de 15 a 20%) $H - 7,99 \times \text{alt (m)} - 7,08$
 $M - 6,6 \times \text{alt (m)} - 5,79$

COORDENAÇÃO COLHEITA – IMPLANTE

É fundamental não só uma estreita colaboração entre a equipa cirúrgica de colheita e a que se encontra com o receptor do TxP, como entre o Pneumologista e o Anestesiista, devendo existir permanentemente uma comunicação directa entre todos, de modo a minimizar o tempo de isquémia do enxerto.

Deve realizar-se uma estimativa do tempo de saída e de chegada da equipa de colheita, de modo a estabelecer um esquema das chamadas intermediárias, que serão:

Chamada	Dador	Receptor
	Confirmação do Crossmatch	Preparação para operação
1	Chegada da Equipa de Colheita à unidade do dador	Ida para o Bloco Operatório
2	Esternotomia Visualização e confirmação da viabilidade	Indução anestésica e intubação
3	Extracção completa..... Colheita bem sucedida	Início da toracotomia
4	Dissecção para pneumectomia
5	Chegada ao B.O. do HSM	Pneumectomia

Os doentes com fibrose quística serão intubados primeiramente com um tubo simples. O Pneumologista fará uma B.F. de limpeza com dois objectivos:

- a) limpar a árvore brônquica do máximo de secreções, para facilitar a ventilação;
 - b) recolher secreções brônquicas que permitam seleccionar os antibióticos profilácticos.
- Posteriormente são entubados definitivamente com um tubo de duplo lúmen esquerdo, com ou sem verificação do posicionamento por B.F.

Nos doentes com outras patologias a intubação é feita *ab initio* com um tubo de duplo lúmen esquerdo, devendo também efectuar-se uma aspiração brônquica para estudo bacteriológico.

O Pneumologista é responsável por fazer chegar com urgência estes aspirados brônquicos (pré-implante), ao Patologista Clínico de serviço; este efectuará exame directo (Gram e Ziehl) e iniciará culturas.

O resultado do Gram deve ser conhecido enquanto decorre a cirurgia, de modo a permitir administrar os antibióticos adequados à saída do bloco operatório.

Com o antibiograma em sua posse o Pneumologista decidirá, em conjunto com o Anestesiista, não só a antibioterapia como a imunossupressão a instituir.

As secreções brônquicas provenientes do dador (secreções do dador), são recolhidas pelo Cirurgião da Equipa de Colheita, que fica responsável pelo seu envio efectivo ao Patologista Clínico e por contactá-lo, logo após o envio.

Quando termina o implante e antes de encerrar a toracotomia é necessário realizar uma nova B.F. para rever as suturas e fazer nova colheita de secreções brônquicas (pós-implante), a enviar ao Patologista Clínico de serviço.

Esta B.F. é realizada pelo Pneumologista de serviço, cuja presença é indispensável no bloco.

Nos casos em que a intervenção decorreu com grande facilidade e a equipe cirúrgica decida dispensar o Pneumologista, ficará a cargo do Cirurgião a responsabilidade desta última B.F. e o envio dos produtos ao laboratório.

MANUTENÇÃO DO DADOR

Objectivos fundamentais:

- 1 - Manter oxigenação adequada
- 2 - Manter perfusão adequada, sem edema pulmonar
- 3 - Antibioterapia

1 – Oxigenação:

- Manter vias aéreas limpas de secreções
- Ventilar com:
 - VC \pm 10 ml/Kg
 - PEEP de 5 cmH₂O
 - FiO₂ mínimo para manter PaO₂ > 100 mmHg

2 - Perfusão:

- Tentar manter PVC entre 9 e 12 cmH₂O
 - Manter TA média > 70 e < 100 mmHg
- Fluídos – necessário ter cuidado na administração de cristalóides, devido ao risco de Edema Pulmonar. Se necessário, usar plasma, etc.
- Correção de desequilíbrios electrolíticos, principalmente hipocaliémia
- Se diurese elevada (>150 a 200 cc/h) :
 - Ionograma sérico frequente (3/3 h)
 - Administrar: Desmopressina 0,1ml (10 μ cg), intra-nasal, ou Pituitrina 1F, SC
 - Inotrópicos: Manter a dose de Dopamina ou de Dobutamina < 10 μ g/Kg/m
 - Manter temperatura corporal > 36°C

3 - Antibioterapia:

- amoxicilina + ácido clavulânico 2,2 gr 8/8 EV

PREPARAÇÃO DO CANDIDATO ESCOLHIDO

Quando o Serviço for avisado da existência de eventual dador, deve ser escolhido e contactado o receptor e combinada a sua ida para o Hospital (dependendo da distância a que se encontra).

Quando o receptor chega ao hospital iniciam-se os seguintes procedimentos:

Cuidados de Enfermagem:

Dieta absoluta

Controles de TA, FC, FR e peso (se possível, oximetria cutânea)

Preparação da pele – lavagem corporal com Iodopovidona (Betadine) e depilação (tórax e região inguinal)

Colheitas de sangue para estudos laboratoriais e Serviço de Sangue

Contacto com o Serviço de Sangue – preparar 10 unidades CE

Estudos:

ECG e Radiografia de Tórax – exclusão de infecção activa

Hemograma

Coagulação

Bioquímica

Seroteca – Tubo seco para Laboratório de Santa Marta

Medicação:

- Antibioterapia (semelhante à do dador, salvo nos doentes com bronquiectasias e fibrose quística, em que os antibióticos serão decididos de acordo com o último estudo cultural da expectoração); durante a intervenção cirúrgica os antibióticos serão administrados de 6 em 6 horas:
 - Amoxicilina+ ácido clavulânico 2,2 gr EV
- Azatioprina – 2mg / Kg EV (em 100 cc de Dextrose a 5 %)
- Nistatina – 1 pipeta oral
- Omeprazol – 40mg EV
- Eritropoietina - ??? U sc
- Sulfato ferroso – 2 ampolas ev
- Folinato

ANESTESIA

PRÉ-OPERATÓRIO

1. Avaliação pré-anestésica:

- ☐ Cardíaca - ECG e Ecocardiograma com avaliação da fracção de ejeção direita e esquerda e exclusão de persistência de foramen oval.
- ☐ Pulmonar - Radiografia de tórax
- P.F.R - Estática – FEV₁, Índice Tiffeneau
- Dinâmica – SpO₂ esforço
- Gasometria + resposta BD
- ☐ Nutrição

2. Medicação:

- ☐ Pulmonar – Transplantes - Corticóides, AB e IS
– Respiratório - Broncodilatadores
– Fluidificantes de secreções
– Cinesiterapia Respiratória
- Anestésica – a individualizar de acordo com o doente

Segundo indicação
do pneumologista

3. Previsão da necessidade de C.E.C. (segundo Anexo 2)

INTRA -OPERATÓRIO

1. Equipamento:

- **Monitorização** – além da monitorização *standard* em cirurgia torácica preconiza-se:
 - Hemodinâmica – saturação venosa mista de oxigénio, avaliação da pressão arterial pulmonar, débitos cardíacos e resistências vasculares (quando necessário)
 - Mecânica – volumes, pressão e resistência da via aérea (curva de pressão/volume e fluxo/volume)
- **Tubos endotraqueais** simples e de duplo lúmen esquerdo e fibroscopia
- **Máquina de C.E.C.** (em *stand by*)
- **Disponibilidade de um segundo ventilador** (com óxido nítrico)
- **E.T.E.** (*stand by*)

2. Procedimento

2.1 Antes da indução

- Instalação do doente na sala de operações previamente aquecida
 - Monitorizar com ECG, PA indirecta e oximetria
 - Oxigénio por máscara de Venturi
 - Acessos (sob anestesia local)
 - Venosos – colocação de uma via periférica g 16
 - Arteriais – colocação de artéria femural (lado oposto ao transplante) / radial
 - Colheita de sangue para avaliação analítica de base
 - Aguardar a confirmação do cirurgião para prosseguir
 - Medicação:
 - Antibioterapia
 - Amoxicilina + ácido clavulânico 2,2 gr EV
 - Nos doentes com bronquiectasias os antibióticos serão decididos de acordo o último estudo cultural da expectoração.
- Durante a intervenção cirúrgica não esquecer administração dos antibióticos e de:
- nistatina - 1 pipeta oral
 - omeprazol – 40mg ev

2.2 Indução

- tratar como estômago cheio
- pré-oxigenação prolongada
- evitar hiperinsuflação (DPOC)
- Intubação – tubo de duplo lúmen (*robertshaw*) esquerdo e confirmar com fibroscopia. Se apresentar secreções, colocar um tubo simples e fazer uma *toilette* brônquica adequada com o fibroscópio.
- Colocação de outra via periférica
 - Colocação de: - catéter de Swan-Ganz
 - catéter de três vias na jugular interna
 - sonda de ecocardiograma transesofágico (E.T.E.), s.p.
- Colocação de sondas nasogástrica, térmica e urinária
- Azatioprina – 2 mg / kg, ev (em 100 cc de dextrose a 5 %) após confirmação final
- Substituir o tubo simples por um tubo de duplo lúmen (*robertshaw*) esquerdo e confirmar com fibroscopia
- Avaliação hemodinâmica, gasimétrica e mecânica
- Posicionamento – se transplante unipulmonar, posicionar em decúbito lateral, verificando a posição do tubo
- Colocar os sacos colectores à cabeceira do doente, permitindo a avaliação de hemorragia e diurese pelo anestesista.
- Manutenção – fármacos – propofol, alfentanil e atracúrio (perfusão) ou fentanil e pancurónio em bólus
 - fluidos - cristalóides 7ml/kg/h
 - sangue - para compensar as perdas hemáticas
 - ventilação com O₂ / ar – volumes, frequências e FiO₂ de acordo com gasometria basal

- **Após a incisão**
 - Exclusão pulmonar – avaliação hemodinâmica, gasométrica e mecânica (anexo 1)
 - Heparinização antes da clampagem da artéria ou das veias pulmonares (sem C.E.C., 1,5 mg/kg, de modo que act > 250s, com C.E.C. 3,0 mg/kg)
 - Clampagem da artéria pulmonar
 - Reposicionamento do catéter, com ajuda do E.T.E. e confirmação pelo cirurgião
 - Avaliar a função do ventrículo direito e a forma como se adapta à clampagem
 - Se necessário usar inotrópicos positivos (anexo 2)
 - Ponderar risco/benefício de C.E.C. / não C.E.C.
 - Clampagem do brônquio
 - Confirmar posicionamento do tubo endobrônquico
 - Avaliação dinâmica e contínua da necessidade de C.E.C.
 - Pneumectomia
 - Colocação de enxerto
 - 1.º anastomose brônquica (fazer fibroscopia) 2.º anastomose arterial
 - 3.º anastomose venosa
 - Desclampagem arterial – se transplante unipulmonar, pedir a cama da unidade de transplante e material de transporte.
 - Reventilar o pulmão transplantado com FiO₂ de 0,6 e PEEP de 5mmHg (se possível), adequar a ventilação à patologia de base, se necessário ventilando os dois pulmões isoladamente com a disponibilidade de um segundo ventilador.
 - Avaliação hemodinâmica, gasométrica e E.T.E. (função ventricular direita)
 - Verificar as anastomoses venosas com o E.T.E.
 - Verificar as anastomoses arteriais – cirurgião mede o gradiente mediante a colocação de agulhas ligadas a *transducers*.
 - **Se avançar para o segundo transplante**
 - Avaliar o estado do pulmão transplantado
 - Oximetria / gasometria Verificação técnica cirúrgica
- Edema de reperfusão (se gradiente AP / AD superior a 16mmHg, entrar em C.E.C.)
- Reposicionar o cateter de Swan-Ganz
 - Voltar ao item clampagem da artéria pulmonar

2.3 Final da intervenção

- Posicionamento – colocar o doente em decúbito dorsal (transplante unilateral)
- Intubação – substituir o tubo de duplo lúmen por um tubo orotraqueal simples e fazer uma boa *toilette* brônquica com o uso do fibroscópio (pelo pneumologista)
- Preparar a saída do doente – cama aquecida e monitorização de transporte e avisar a avisar unidade da saída do doente
- Usar um ventilador de transporte com PEEP (disponível)

Nota – se possível, os procedimentos de 2.4 deverão ser acompanhados por um anestesista “fresco”, que efectuará o transporte para a UCI.

Anexo

SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA

TRANSPLANTE PULMONAR

Autocolante de Identificação do Doente

Diagnóstico:

Medicação:

P.F.R. e Gasometria:

CVF:

CVF₁:

TPC_{pit}:

TPC_{He}:

Vrplt:

VR_{He}:

Fi O₂:

Pa O₂:

Pa CO₂:

pH:

Hb:

ASA: _____

Idade: _____ anos

Peso: _____ Kg

Altura: _____

Anestesia Epidural:

Nível Catéter

Nível Anestésico

Fármacos e doses

Anestesia Geral:

Fármacos Vaso Activos:

Líquidos:

Cristalóides:

Colóides:

Sangue:

Tempos:

Indução:

Cirurgia:

Extubação:

Despertar:

Incisão:

Diurese:

Hemoglobina Final:

Comentários:

	TAM	FC	PVC	PCP	PAP	CO	CI	SVR	PVR	CO _{2E} T	PaCO ₂	pH	PaO ₂ / FiO ₂
Basal													
TLV _{pre}													
Apneia													
OLV													
OLV													
TLV post tórax aberto													
TLV post tórax aberto													
Vent. Exp. pré Extubação													
Vent. Exp. pós Extubação													

Anexo 1

TRANSPLANTE PULMONAR

AUTOCOLANTE DE IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

	TAM	FC	PVC	PCP	PAP	DC/IC	SVR	Hg lact.	CO ₂ ET	PaCO ₂	pH	PaO ₂ / FiO ₂
Basal												
TLV pre												
OLV												
OLV												
TLV pós												
OLV												
OLV												
TLV pós tórax aberto												
TLV tórax fechado												
vent. exp. pré extubação												
vent. exp. pós extubação												

	VMI	VME	VT	FR	P pico	P meseta	PEEP		
Basal									
TLV pre									
OLV									
OLV									
TLV pós									
OLV									
OLV									
TLV pós tórax aberto									
TLV tórax fechado									
vent. exp. pre extubação									
vent. exp. pós extubação									

AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE C.E.C.

1. Pré-operatório:

se : fracção de ejeção V.D. < 25%
e / ou
no exercício ergodinâmico não atingir 3 minutos
SpO₂ < 85%

→ **C.E.C. muito provável**

2. Intra-operatório:

Exclusão pulmonar, em decúbito lateral (do pulmão inferior): (a realizar durante a preparação da toracotomia)

Se com : $\text{FiO}_2 = 1$
 $\text{SpO}_2 < 85\%$ PAPm > 38 mmHg
 I.C. (com suporte inotrópico) $\leq 2\text{L} / \text{min} / \text{m}^2$

C.E.C. previsível

Clampagem da artéria pulmonar homolateral:

se : I.C. $\leq 2\text{L} / \text{min} / \text{m}^2$
e / ou
 $\text{SpO}_2 \leq 65\%$
 $\text{PAP} > 50 \text{ mmHg}$

com : | nitroglicerina $4 - 12 \text{ } \mu\text{g} / \text{h}$ e / ou
dopamina $3,5 - 12 \text{ } \mu\text{g} / \text{kg} / \text{min}$.

se verificar: $\text{SpO}_2 \leq 90\%$, com $\text{FiO}_2 = 1$ **ou**

| I.C. $\leq 2\text{L} / \text{min} / \text{m}^2$ **ou**
TA sist. $\leq 90 \text{ mmHg}$, **com** Sat venosa $\text{O}_2 \leq 65\%$

C.E.C. obrigatória

Anexo 2 – MECÂNICA

	V _{ml}	V _{mE}	V _T	T _I /T _{tot}	PAUSA	FR	P _{pico}		PEEP TOT	C	R	Cte.T°	V	VEI
TLV tórax fechado														
PEEP externa														
TLV Tórax Aberto														
OLV														
OLV														
TLV tórax aberto														
TLV tórax fechado														
ESPONTÂNEA														

CIRURGIA

TÉCNICA DE EXTRACÇÃO

A – Material necessário para a extracção

- Broncofibroscópio
- Suturas automáticas – 4 TA 30
- Prostaglandina E 1 (PGE1), 1000 microgramas (2 ampolas)
- Cânula de cardioplegia – (Cooley) – cânula de USCI 18, 16, 14)
- Soluto de pneumoplegia – Euro-Collins modificado 9 litros (3 bolsas de 3L ou 5 de 2L)
- Material de transporte – geleira, 6 sacos de plástico e gelo picado
- Zaragatoas para colheitas de Bacteriologia – 2
- Frascos para colheitas de gânglios e baço para Anatomia Patológica – 2

B – Avaliação do dador

- Situação hemodinâmica
- Gasometria arterial
- Radiografia de tórax
- Broncofibroscopia
- Observação dos pulmões
- Suporte anestésico
 - Profilaxia antibiótica – Flucloxacilina 500mg de 6/6h EV + Ceftazidima 1000mg de 8/8h EV + Clindamicina 600mg de 6/6h EV

C – Técnica de extracção

Pré-extracção

- Esternotomia mediana
- Abertura das duas pleuras e inspecção dos pulmões
- Timectomia
- Secção da veia inominada (opcional). Atenção a eventual cateter central colocado à esquerda
- Secção da artéria inominada (opcional)
- Abertura ampla do pericárdio dirigida para a artéria pulmonar
- Passar dupla laqueação na veia cava superior (VCS), abaixo da crossa da veia ázigos
- Passar laqueação simples na veia cava inferior (VCI)
- Isolamento da traqueia entre a VCS e a Aorta
- Dissecção do septo interauricular
 - Dissecção da artéria pulmonar (AP). Efectuar “cerclage”, a meia distância entre a válvula e a bifurcação com Prolene 4/0, para preservação anterógrada (PA). “Cerclage” na aurícula esquerda, para preservação retrógrada (PR).
- Heparinização: 500 unidades / kg
- Colocação da cânula na AP ou AE, consoante o tipo de pneumoplegia (PA/PR)
- Colocação da cânula de cardioplegia.
 - Em caso de extracção multiorgânica, prepara-se a dissecção do fígado, rins, etc com implantação de cânulas de perfusão em cada órgão.

Extracção

- Administrar “bolus” de 500 mg de Metilprednisolona IV
- Conectar as soluções de cardioplegia e pneumoplegia, esta a menos de 30cm de altura
- Injectar PGE1 – 1000 microgramas / 10 ml de soro fisiológico na AP
- Seccionar a VCS entre as duas laqueações, quando ocorrer hipotensão (aprox. 1 min.)
- Clampar a aorta.
- Clampar o apêndice auricular esquerdo e efectuar a sua excisão (PA)
- Iniciar a cardioplegia: 1 litro – St. Thomas II e a pneumoplegia: aprox. 5 – 6 litros a 60 ml / kg
 - primeiro litro à temperatura ambiente, (TA) depois 2 litros de mistura (TA + frio) e ainda 2 litros de frio. (reservar 1 litro para fazer retrogradamente, se se fez inicialmente PA e vice-versa) □.
- Deitar soro a 4º C em ambas as pleuras.
- Abertura do clamp do apêndice auricular esquerdo (PA) ou incisar o tronco da AP (PR). Continuar com a ventilação mecânica, com $FiO_2 = 100\%$, e aplicar frio tópico.
- Secção proximal da VCI
- Retirar sonda nasogástrica
- Seccionar a aorta ascendente.
- Secção da AP na sua porção média acima da “cerclage”
 - Seccionar a aurícula esquerda entre o seio coronário e a veia pulmonar inferior esquerda, e efectuar a cardiectomia. (atenção: caso haja colheita só para TxP pulmonar ou para TxP cardíaco e pulmonar).
 - Seccionar o pericárdio e os restantes tecidos mediastínicos a nível do diafragma até à coluna vertebral. Seccionar a aorta descendente acima do diafragma (não ferir o esófago).
- Dissecar as estruturas mediastínicas superiores, troncos supra-aórticos e traqueia.
 - Aplicar dois TA 30 e seccionar a traqueia, deixando os pulmões meio insuflados e retirando previamente o tubo endotraqueal.
- Secção da aorta descendente, abaixo da crossa.
 - Levar o pulmão esquerdo para a cavidade pleural direita e seccionar a pleura parietal longitudinalmente ao nível das apófises transversas.
 - Levar suavemente ambos os pulmões para a cavidade pleural esquerda e seccionar a pleura parietal ao longo da coluna, fazendo a extracção em bloco.
 - Introduzir 500cc de solução de Pneumoplegia por cada uma das APs, no caso da PR ou 250cc por cada veia pulmonar no caso de PA.
- Rever a adequação do hilo pulmonar de cada lado.
 - Colocar o bloco em solução a 4°C de Euro-Collins modificado (3 litros) em meio de transporte standard (soro fisiológico gelado) (3 bolsas), ou os pulmões já separados, seccionando com dois TA 30 o brônquio esquerdo.
- **Não esquecer 2 tubos de sangue e biópsia de baço.**

PREPARAÇÃO DO ENXERTO

Efectua-se no Bloco Operatório do receptor. Durante todo o tempo da preparação ir-se-à mantendo refrigerada a peça que se trabalha, com soro gelado e massa de gelo picado.

- secção pela face anterior dos restos de pericárdio; secção pela linha média da aurícula esquerda, mantendo bem evidente o ramo direito da artéria pulmonar;
- secção da artéria pulmonar ao nível da bifurcação;
- secção dos brônquios principais a cerca de 1cm da carina lobar (correspondendo a uma ou duas cartilagens brônquicas) ;
- colheita de escovado da via aérea, para microbiologia (colocar a escova num tubo de centrífuga esterilizado) .

IMPLANTE PULMONAR

No caso de transplante unilateral, o implante pulmonar inicia-se com a preparação da virilha homolateral do receptor e dissecação da artéria e veia femural, quando se preveja a necessidade de C.E.C. (*bypass* femuro-femural).

1. Incisão torácica:

a) TxP unilateral: toracotomia postero-lateral ampla pelo 5º E.I.C. (com ressecção da 6ª costela, se necessário).

b) TxP bilateral: toracotomia antero lateral bilateral pelo 5º E.I.C. (com secção transversal do esterno, se necessário).

2. Libertação pulmonar: aderências e ligamentos pulmonares
3. Dissecação do hilo e clampagem da artéria pulmonar para se avaliar e decidir o manejo hemodinâmico e gasométrico mais adequado para o doente, durante a implantação.
4. Continuação da dissecação do hilo seguida de pneumectomia extra-pericárdica, o mais distal possível, incluindo, no pedículo arterial proximal, o primeiro ramo segmentar; secção do brônquio com TA – 30, a nível da carina de divisão dos brônquios lobares e evitando a dissecação dos tecidos peri-brônquicos. Hemostase das artérias brônquicas.
5. Abertura ampla do pericárdio à volta das veias pulmonares
6. Colocação do pulmão a implantar na cavidade pleural posterior, dentro do saco plástico próprio, cobrindo-o sempre com compressas frias e gelo picado
7. Anastomose brônquica: depois de comprovar o efectivo bloqueio pelo balão respectivo, secciona-se o coto brônquico, deixando cerca de 1 - 1,5cm de coto. Inicia-se a anastomose com duas suturas de PDS 4-0 na junção membrano-cartilaginosa, efectuando uma sutura contínua da parte membranosa. Sutura com pontos separados PDS 4-0 da parte cartilaginosa, termino-terminal, telescopando uma cartilagem em caso de grande discrepância de diâmetro entre os brônquios do dador e do receptor.
8. Anastomose da artéria pulmonar: clampar a artéria o mais proximalmente possível, com o clamp em posição craneo-caudal, para não interferir com a anastomose, colocando frente a frente os ramos segmentares, para evitar torções. Sutura contínua de Prolene 5-0, deixando sem atar o nó na sutura da face anterior.
9. Anastomose auricular: colocação do clamp o mais proximal possível, em posição caudo-craneal. Abertura dos cotos das veias pulmonares e da ponte de tecido entre elas. Anastomose termino-terminal com Prolene 4-0, deixando sem atar o nó na sutura da face anterior.
10. Início da ventilação com FiO₂ de 1
11. Desclampar lentamente a artéria pulmonar e de maneira progressiva. Comprovar o fluxo de sangue para a AE durante alguns segundos, de modo a expurgar o ar presente no pulmão eficazmente e só atar depois disso a sutura da AD. Actualmente efectua-se a reperfusão lenta bifásica, que consiste em desclampar a AP o suficiente, até aparecer sangue pela aurícula e desclampar progressivamente a aurícula deixando expurgar o ar do circuito pulmonar pela AP (que também se deixou por atar); finalmente desclampa-se a AP lentamente, atando ambas as suturas que ficaram por atar.
12. Intra-operatório: Metilprednisolona, 500 mg IV, antes da reperfusão de cada pulmão.
13. Em caso de edema de reperfusão, determina-se o gradiente de pressão, que deve ser menor que 16mmHg

Na TxP bilateral, começa-se pelo pulmão com menor ventilação / perfusão. Depois da primeira implantação, avaliar-se a necessidade de CEC, antes de prosseguir com o segundo transplante. É sempre preferível entrar em CEC preventiva e calmamente, do que ter de a utilizar intempestivamente como recurso a meio do 2º TxP. Em caso de necessidade a canulação será central (Ao e AD)

PROTOCOLO PÓS – OPERATÓRIO IMEDIATO

Após a cirurgia e uma vez estabilizado, o doente será transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos – quarto de isolamento – acompanhado pela equipa de Anestesia e de Cirurgia.

Deve ser utilizada a metodologia de isolamento parcial (máscara e lavagem de mãos ou luvas esterilizadas, antes de qualquer contacto directo ou indirecto com o doente).

CUIDADOS NA UCI

- Admissão na UCI (quarto de isolamento)
 - Isolamento parcial: uso de máscara e lavagem de mãos / luvas estéreis
 - Ventilador conectado com os parâmetros prescritos pela Anestesia (configuração inicial)
 - Registo horário dos valores dos parâmetros vitais
 - Monitorização contínua do ECG, da Frequência Cardíaca (FC), Tensão Arterial (TA), Pressão na Artéria Pulmonar (PAP), oximetria arterial e saturação venosa mista
 - Balanço hídrico controlado de hora a hora
 - Drenagens torácicas em aspiração activa: □- 20 cm□ de □H₂O□; (mungir os tubos pelo menos uma vez por hora, registando o débito das perdas hemáticas nas primeiras 12 horas, de hora a hora e depois, de duas em duas horas).
 - Manutenção da drenagem vesical
 - Sonda nasogástrica ligada a saco; irrigar com 10 – 20 ml de soro fisiológico, cada 4 horas
 - Gasometria arterial: - ao chegar à Unidade
 - 30' após a chegada
 - 30' após cada alteração dos parâmetros do ventilador
 - de 2/2 h nas primeiras 6 horas
 - de 4/4 h até às 24 h do pós-operatório
 - após o primeiro dia e de acordo com a evolução clínica
 - Ionograma - de 2/2 h, nas primeiras 6 horas
 - de 4/4 h, após a 6ª hora, no 1º dia
 - de 12/12 h, no 2º e 3º dias
 - Hemograma e bioquímica diários (no mínimo)
 - ECG e Radiografia de Tórax, diários
 - Mudar pensos diariamente
 - Ciclosporinémia diária, mantendo-a a cerca de 400 nanogramas / ml
 - Pesquisa CMV no sangue e urina, 2 vezes / semana
- Observação imediata pela equipa de Medicina Física e de Reabilitação

MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

- Posição: lado do pulmão transplantado para cima (se TxP unilateral)
- Aspiração traqueal de 2/2 horas e segundo as necessidades
- Cinesiterapia respiratória a cada 4 horas
- Nível de actividade consoante a tolerância

Nota – *vide* em anexo próprio, incluso, o Protocolo específico de Medicina Física e de Reabilitação

IMUNOSSUPRESSÃO

- Sem via oral:

- ATG – 10 mg/Kg (toma única no 1º dia) – precedido da administração de antihistamínico (Clemastina 2mg) e antipirético (Proparacetamol 1g)
- Azatioprina – 2 mg/Kg/dia EV – 50 mg em 50 cc de Dextrose, a correr em 30 minutos (manter Leucócitos > 5000 ml)
- Ciclosporina – 1 a 4 mg/h em perfusão contínua – 50 mg em 50 cc de Dextrose (para manter ciclosporinémia cerca de 400 nanogramas / ml)
- Metilprednisolona:
 - intra-operatório - 500 mg
 - 1º dia -125 mg, de 8/8 h
 - 2º dia - 125 mg, de 12/12 h
 - 3º dia - 125 mg
 - depois (por dia - mg) – 100; 90; 80; 70; 60; 50; até 0,5 mg / Kg / dia, durante 3 meses. Entre o 3º e o 6º mês, reduzir progressivamente para 0,1 mg / Kg / dia
- Se falência renal parar Ciclosporina e iniciar ATG - 10 mg /Kg/dia administração prévia de antihistamínico e antipirético

- Quando via oral:

- Azatioprina – mesma dose que EV (2 mg / Kg / dia - toma única) manter Leucócitos > 5000/ml
- Ciclosporina – iniciar toma oral com solução oral, 5 a 10 mg / Kg, 2 vezes por dia – sempre em recipiente de vidro e o mesmo diluente; para manter Ciclosporinémias nos níveis indicados no esquema:

CICLOSPORINÉMIAS IDEAIS (ng / ml)

<i>Tempo</i>	Creatinina < 1,5 mg / dl		Creatinina 1,5 - 2 mg / dl		Creatinina > 2 mg / dl	
	<i>Ideal</i>	<i>Aceitável</i>	<i>Ideal</i>	<i>Aceitável</i>	<i>Ideal</i>	<i>Aceitável</i>
0 – 3 meses	350 - 450	300 - 500	300 - 350	250 - 375	250 - 300	200 - 350
3 – 6 meses	300 - 350	250 - 400	250 - 325	225 - 350	225 - 275	175 - 325
6 – 12 meses	250 - 300	200 - 375	200 - 300	150 - 350	200 - 250	150 - 300
1 – 2 anos	200 - 300	150 - 350	175 - 250	150 - 300	150 - 200	125 - 275
2 – 3 anos	150 - 250	125 - 300	125 - 200	100 - 275	100 - 200	100 - 250

PROFILAXIA MICROBIOLÓGICA

1 – Antibióticos

Amoxicilina + ácido clavulânico 2,2 gr EV 8/8gr

Após recepção dos resultados do dador, fazer os ajustes necessários.

Em caso de fibrose quística adequar o esquema de acordo com a última cultura da expectoração. Se houver culturas positivas, fazer terapêutica entre 10 a 21 dias, consoante a evolução clínica. Se as culturas forem negativas, fazer a profilaxia entre 3 a 5 dias.

2 – Aciclovir

- 200mg de 12 / 12 h, via oral ou EV, como profilaxia do Herpes simplex, H. zooster e Epstein-Barr

3 – Ganciclovir

- Começar sempre ao 2º dia, com uma dose de 5 mg / Kg / 12 h IV, durante 15 dias e posteriormente Ganciclovir oral 1 gr de 8/8 horas, durante três meses.

4 – Anfotericina

- Anfotericina inalada - 10 mg de 8 / 8 horas, na diluição de [1mg / 1 cc], durante 15 dias, desde a entrada na UCI.
Entre os 15 dias e os três meses faz 10 mg de 12 / 12 h. Depois dos três meses e durante toda a vida, faz 10 mg / dia.

5 – Cotrimoxazol

- 1 comprimido 960mg de 12 / 12 horas, 3 vezes / semana (2ªs, 4ªs e 6ªs feiras) para prevenção do *Pneumocystis jirovecii*.

6 – Pirimetamina

- Se toxoplasma negativo – 1 comprimido / dia durante três meses.

7 – Isoniazida (INH)

- 300 mg / dia, até ordem em contrário “ad eternum”.

OUTRAS TERAPÊUTICAS

Protecção gástrica

Omeprazol – 40 mg / dia, IV ou oral, desde o 1º dia e até ordem em contrário “ad eternum”

Prevenção do tromboembolismo

Fraxiparina – 0,3ml / dia SC, até o doente deambular regularmente.

Prevenção da osteoporose

Administração de perfusão endovenosa de **ácido zolendróico (AZ) 5mg** assim que o doente estiver estabilizado do ponto de vista hemodinâmico, de função renal e hidratado (tratamento anual); e suplementação oral diária com **cálcio (1500mg)** e **vitamina D (800UI)** (“ad eternum”).

Previamente à administração: determinar níveis séricos de creatinina e de cálcio.

Contra-indicações ao AZ:

1. Hipersensibilidade à substância activa, qualquer dos excipientes e qualquer bifosfonato
2. Insuficiência renal grave (depuração de creatinina <35ml/min)
3. Hipocalcémia (se existente, deve ser tratada com ingestão de cálcio e vitamina D adequadas previamente à administração de AZ)
4. Tratamento simultâneo com aminoglicosídeos ou diuréticos

Administração

- 1) Suporte e sistema de perfusão
- 2) Profilaxia de Síndrome *Gripal-like*: administração de **Paracetamol 1gr** ou **Ibuprofeno 600mg po**
- 3) Hidratação: **Soro Fisiológico 250cm³ ev**
- 4) **Ácido zolendróico 5mg/100ml** (em perfusão lenta)

Notas: Tempo total aproximado da administração: 30 minutos

Referir a especial importância da suplementação de Ca²⁺ e vitamina D nos primeiros dias pós-administração (risco de hipocalcémia) e da sua não interrupção.

Se ácido zolendróico contra-indicado:

Alendronato 70mg/semana assim que houver tolerância para administração oral e permanência em posição vertical cerca de 30 minutos; e suplementação oral diária com **cálcio (1500mg)** e **vitamina D (800UI)** (“ad eternum”).

PROTOCOLO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO
PARA
TRANSPLANTE PULMONAR

ÍNDICE

I. INSTALAÇÕES

II. EQUIPAMENTO III.

HISTÓRIA CLÍNICA

IV. PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO PRÉVIOS AO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO V.

PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PRÉ-TRANSPLANTE

VI. PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PÓS-TRANSPLANTE 1 - PÓS-

OPERATÓRIO IMEDIATO

2 - PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO

3 - 2ª/3ª SEMANA→1º TRIMESTRE PÓS-TRANSPLANTE 4 - 6

MESES→FOLLOW UP

5 - CONTRA-INDICAÇÕES

I. INSTALAÇÕES

Unidade com cerca de 50 m²

II. EQUIPAMENTO

Para Ergometria

Tapetes rolantes
Cicloergómetros de membros superiores e inferiores

Para Monitorização

Central de telemetria com 4 canais
Pulsioxímetros
Esfigmomanómetro de pé
Cronómetro
Estetoscópio
Balança

Para Ventiloterapia

Nebulizador ultra-sónico
Rampas de oxigénio

Material de Ginásio

Espaldares
Marquesa
Conjuntos de halteres
Conjunto de pesos-braçadeiras
Sacos de areia de 1 kg
Sacos de areia de 2,5 kg
Tapetes de exercício
Varas de 1,20 m
Bolas medicinais
Espelho de correcção postural
Quadro com Escala de Borg
Relógio de parede

III. HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação
Diagnóstico

História Actual

Antecedentes Pessoais

Medicação (averiguar se realiza tratamento anti-osteoporótico e/ou suplementação com cálcio e vitamina D. Indicações de acordo com valores de osteodensitometria e/ou corticoterapia a longo prazo. Iniciar tratamento ou encaminhar para Médico Assistente)
Oxygenoterapia

Exame Objectivo

Sinais Vitais
Aparelho Respiratório
Aparelho Cardio-Circulatório
Aparelho Músculo-Esquelético

Exames Complementares de Diagnóstico

- 1- Gasometrias
- 2- ECG
- 3- Prova de esforço cardiopulmonar com análise ventilatória
- 4- Provas de Função Respiratória
- 5- Radiografia de Tórax
- 6- Rx coluna vertebral e bacia em ortostatismo
- 7- Osteodensitometria lombar e fémur proximal

IV. PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO PRÉVIOS

1. ECG com 12 derivações
2. Prova de esforço cardiopulmonar com análise ventilatória
3. PFR
4. Teste articular e muscular
5. IMC, relação cintura/anca, avaliação da composição corporal por bioimpedância
6. Teste funcional – AVD
7. Oximetria periférica
8. Prova dos Seis Minutos de Marcha
 9. Teste de qualidade de vida (EuroQol® EQ-5D, Perfil de Saúde de Nottingham, Questionário de St. George)

V. PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PRÉ-TRANSPLANTE

1. Regime: Ambulatório (2-3x/semana 60-90min/sessão) durante 12 semanas
Exercícios sob oxigenoterapia e com monitorização: SpO₂ FC
TA ECG
3. Ensino da auto-monitorização do pulso e da percepção do esforço (Escala de Borg)
4. Início do programa com rotina de exercícios de aquecimento
Final do programa com rotina de exercícios de recuperação
5. Exercícios visando melhoria do condicionamento aeróbio
6. Programa de fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores
7. Cinesiterapia respiratória pré-operatória (de acordo com a patologia de base)
8. Avaliação dos resultados
Avaliação semanal dos progressos terapêuticos globais – revisão da prescrição Prova dos Seis Minutos de Marcha
Questionário de qualidade de vida

VI. PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PÓS-TRANSPLANTE

1 – PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Início: 12 a 24 horas após a intervenção cirúrgica (após estabilização hemodinâmica)

Frequência: 4/4 horas (respeitando descanso noturno)

Medidas posturais

TxP unilateral: doente em decúbito dorsal e decúbito lateral oposto ao pulmão transplantado

TxP bilateral: doente em semi-decúbitos laterais (30°) alternando com o decúbito dorsal

Membros: posição funcional

Cinesiterapia respiratória passiva

Drenagem brônquica

Técnicas de facilitação de drenagem pleural

Cinesiterapia global passiva

Mobilizações passivas

2 – PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO

Início: após extubação

Frequência: 4/4 horas

Cinesiterapia respiratória activa (respeitando o descanso noturno)

Drenagem brônquica

Técnicas de facilitação de drenagem pleural Re-expansão pulmonar

Cinesiterapia global activa

Mobilização articular dos membros Levante

para cadeirão

Deambulação

3 - 2ª/3ª SEMANA→1º TRIMESTRE

Frequência: 5x/semana durante o 1º mês e depois 3x/semana

1. O doente já faz marcha de 1km/dia

2. Inicia programa de exercícios
- Flexibilidade
 - Ergómetros
 - Fortalecimento muscular
 - Cinesiterapia respiratória bidiária→diária

3. Durante o exercício: SpO₂>90-95%

Objectivos

Cinesiterapia

- Progressão do perímetro de marcha
- Correção postural

Ginásio

- Treino progressivo ao esforço
- Normas de isolamento em função da imunossupressão
- Até alta para o domicílio

4. Parâmetros a avaliar para revisão da prescrição
Tolerância ao esforço (Escala de Borg) TA
FC SpO₂ PFR
Prova de esforço com análise ventilatória
5. Objectivo
FC entre 70-80 % FCMT
6. Antes da alta
Prova Seis Minutos de Marcha
Questionário de qualidade de vida
7. Programa domiciliar: exercícios aprendidos no serviço de MFR (programação escrita para 3 meses)

4 – AOS 6 MESES → FOLLOW UP

Aos 6, 12, 18 meses e anualmente.

Monitorização

TA FC SpO₂ PFR

Escala de Borg

Prova dos Seis Minutos de Marcha Teste de qualidade de vida

Avaliação funcional

Repete prova de esforço com análise ventilatória (aos 6 meses)

Objectivos

Melhoria progressiva do condicionamento aeróbio, da força muscular e flexibilidade

Manutenção de boa condição física para toda a vida

5 – CONTRA-INDICAÇÕES

1. Após biópsia transbrônquica
risco de hemoptise
não se realiza cinesiterapia respiratória nas 12 horas seguintes
2. Rejeição aguda
suspensão do programa de treino ao esforço
realização apenas de exercícios de respiração diafragmática

ANEXO II

*EMAIL ENVIADO POR UM DOENTE TRANSPLANTADO PULMONAR
À ENFERMEIRA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM*

ORIGINAL

Holá Trini

Soy Teresa

Ayer cenando me empezó a doler el estomago y no pude terminar la cena.

Me acosté y he estado tola la noche vomitando.

Estou cesi segura de que he sido un corte de digeston.

Xo llevo toda la noche com 38°,5 C de fiebre.

Que tengo que hacer?

Um beso e gracias

TRADUÇÃO

Olá Trini

Sou a Teresa

Ontem ao jantar começou a doer-me o estômago e não consegui terminar a refeição.

Deitei-me e estive toda a noite a vomitar.

Tenho quase a certeza de que deverá ter sido uma paragem de digestão.

Tenho tido 38°,5 C de febre toda a noite.

Que tenho que fazer?

Beijo e obrigada

ANEXO III

FOLHA DE REGISTO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA

**Registo de Consulta de Enfermagem
Fibrose Quística**

IDENTIFICAÇÃO DOENTE

Áreas de intervenção		Data	Data	Data
Intercorrências desde a última consulta				
TERAPÉUTICA	Peros			
	Cumprimento			
	MDI / DPI			
	Cumprimento			
	Nebulização			
	Cumprimento			
	Manutenção do aparelho de nebulização			
	Necessita de OI D /	Nº horas dia L/m EPAP / IPAP		
	Cumprimento			
	Dispositivos técnicos			

Unidade de Reabilitação Respiratória

1/2

Áreas de intervenção		Data	Data	Data	
REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA	Sinais / Sintomas Respiratórios	Tosse	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
		Expectoração	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
		Características	M P H	M P H	M P H
		Dispneia	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
		Cansaço	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
		Características			
	Pratica exercício físico				
	Qual ? Nº Horas/ semana				
	Faz CR ?	1) + 1x dia 2) Diariamente 3) 1 a 5x semana 4) Nas crises 5) Nunca - motivo			
	Programa de exercícios realizados				
1-D D - reed. Diafrâmica 2-D D - reed. Costal 3-Decúbito SD esq 4-Decúbito SD dto 5-Decúbito lateral esq. 6-D L E. c/ abdução do braço 7-Decúb. lateral dto 8-D L Dc/ abdução do braço 9-Decúbito SV esq 10-Decúbito SV dto 11-Decúbito ventral 12-Manobras acessórias 13-Tosse 14- Huff		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	
ÁREAS PROBLEMÁTICAS	Diagnóstico da situação				
	Planeamento da intervenção				
Apreciação do estado emocional:					
Assinatura:					



ANEXO IV

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO *WORKSHOP* DE
TRANSPLANTAÇÃO PULMONAR

Nº PA
Alto Sra. F. / Director d

O CA autorize

Exma. Sra. Enfermeira Directora,

Dina Lopes e Joana Silva, enfermeiras a exercer funções no Serviço de Cirurgia Cardiorrácica [] que se encontram a frequentar o 2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e no qual estão a desenvolver um projecto cujo tema está afecto aos cuidados de enfermagem inerentes ao doente submetido a Transplante Pulmonar, vêm por este meio solicitar autorização para a realização de um Workshop sobre Transplante Pulmonar no dia 8 de Março de 2013.

Sendo o trabalho da equipa multidisciplinar imprescindível nesta área clínica, tal como acontece em outras, consideramos que a realização deste Workshop poderá ser um momento de partilha e enriquecimento para todos, fomentando assim a melhoria contínua da prática dos cuidados prestados.

Deste modo, seleccionámos alguns temas que vão ser apresentados pelos vários grupos profissionais que integram esta equipa multidisciplinar, de forma a vermos abordados aspetos fundamentais, atuais e com evidência científica.

Assim, na sequência da realização do Workshop, convida-se V. Exma. a estar presente e a participar na sessão de abertura do mesmo.

Posteriormente, enviaremos convite formal ao Conselho de Administração.

Junto enviamos o programa provisório.

Com os melhores cumprimentos,

Deliberado em
Sessão de 27/02/2013
Conselho de Administração do

Secretariado CA	
N.º	0182
Entrada	08.02.13
Saída	02/03/2013

Dina Lopes
Dina Lopes (nº. mec. 62968)

Joana Silva
Joana Silva (nº. mec. 62666)

A realização deste Workshop pelas enfermeiras e de todos o interesse pelo o serviço de Hospital pelo aprendizagem de todos e partilha de conhecimentos e divulgação

ANEXO V

PRELEÇÃO DE EDITE TAVARES NO ÂMBITO DA MESA QUALIDADE DE VIDA E TRANSPLANTE PULMONAR COM O TEMA:

Transplantação Pulmonar: Como se sobrevive a uma morte anunciada?

(A publicação da preleção foi autorizada pela autora)

Estas breves reflexões que convosco irei partilhar são baseadas no projecto de investigação realizado com 27 transplantados pulmonares, participantes do programa de transplantes pulmonares de um hospital belga. Foi construída especificamente uma entrevista semi-estruturada para o efeito cujas respostas foram analisadas qualitativamente através da metodologia de análise de conteúdo e quantitativamente através da aplicação dos métodos estatísticos apropriados.

Sendo eu própria quase que sujeito e objecto de investigação dado ter tido a felicidade de um dia ter ganho uma segunda oportunidade de vida através de um transplante pulmonar realizado no ano 2000, naturalmente envolvi-me nesta temática e a ela me dediquei. Pretendia sobretudo compreender a psicologia da pessoa transplantada e que aspectos do seu funcionamento poderiam ser promotores da sua saúde e da sua vida. Foram estudadas várias variáveis, mas destaco aqui aquela que dá tema a este workshop – a qualidade de vida.

A luta pela vida pode ter sido ganha com o transplante, mas a luta pelo viver plenamente, a luta pela QV continua. Há um tempo objectivo e um tempo emocional de integração dos acontecimentos de vida na subjectividade individual e o relógio de cada um não é idêntico. Sem a sintonia destes dois tempos o ser humano corre o risco de se perder. Ultrapassa problemas, mas depois não sabe viver com as soluções. É a integração plena do transplante naquilo que é a subjectividade do indivíduo, que lhe permite não só sobreviver mas acima de tudo viver.

E se falamos em qualidade de vida falamos de três grandes áreas:

1. Percepção do nível de reabilitação física
 2. Percepção do ajustamento psico-social geral
 3. Integração profissional
-
1. Determinante na apreciação da QV é a referência passada na definição do tempo presente. O nível de satisfação absoluto do indivíduo é dependente do ponto de comparação com o momento anterior que viveu. Por isso, a percepção que a pessoa transplantada pulmonar tem do seu nível de reabilitação física, no universo estudado foi encontrada uma satisfação quase incondicional com o transplante realizado. A expressão de sentimentos favoráveis sobre os benefícios acrescidos que a

transplantação pulmonar efectuada trouxe consigo, ronda os 96% dos entrevistados. Acresce ainda que esta apreciação da transplantação parece ser quase independente do estado de saúde objectivo alcançado. Dos 27 indivíduos entrevistados, 7 são detentores de níveis de saúde objectiva classificados como baixos. Destes, apenas um se refere à transplantação de forma menos positiva. Os restantes percebem o seu bem estar actual positivamente ainda que os seus níveis de saúde sejam baixos. O bem estar percebido pela pessoa transplantada pulmonar constrói-se por contraponto com o sofrimento vivido anteriormente, por contraponto com a impossibilidade anterior de respirar. Esse ganho, o ganho da vida permanece e em nome dele todas as lutas, esforços, sacrifícios fazem sentido. No mesmo sentido vão estudos internacionais comparativos do nível de satisfação com o transplante de rim, coração e pulmão mostrando que os valores mais elevados são alcançados no transplante pulmonar.

2. Para a percepção do ajustamento psico-social geral contribuem activamente a forma como o indivíduo se considera na sua auto-imagem e no seu bem-estar emocional, bem como a percepção da satisfação sentida com os relacionamentos interpessoais.

a) De facto, a necessidade de manter uma auto-estima elevada, é uma das mais importantes componentes da personalidade. Somos por isso possuidores de vários mecanismos de defesa que nos permitem resistir às agressões que são feitas à auto-estima. A satisfação consigo próprio é função da relação existente entre as aspirações e características reais pessoais. Se se reduzirem as aspirações e objectivos, a auto-estima é protegida contra a dor do fracasso. Assim, a doença, se representar a excepção no percurso de vida, pode ser definida como algo temporário, atípico que não reflecte as verdadeiras capacidades e potencialidades pessoais. Ou, pelo contrário, se a doença for suficientemente invasora da identidade, o indivíduo tenderá a reduzir as expectativas que tem sobre si próprio. A restauração da saúde tem uma repercussão imensa na evolução da auto-estima, na capacidade geral da pessoa transplantada se ver e se sentir como ser independente, autónomo e possuidor do controlo sobre o seu destino.

Dos dados encontrados sobressai que a percepção das transformações ocorridas sobre a auto-imagem é marcadamente favorável após o transplante pulmonar. Esta traduz-se sobretudo num incremento do valor pessoal através de um sentimento de

- **Maior calma, aceitação e confiança em si próprio**, *“O primeiro aspecto é que tenho mais confiança em mim mesma. Antes sentia-me menos que um zero, menos que um grão de terra. Agora melhorei muito graças a que agora sou capaz de fazer tudo o que quero. Tenho tudo o que preciso para aumentar a confiança em mim mesma.”.*
- **Capacidade superior em relativizar os problemas do quotidiano**, *“Antes, certas banalidades da vida tinham muito mais importância que actualmente. Acho agora que são coisas fúteis, mudo para outro assunto e não me preocupo muito.”*
- **Atribuição de maior valor á vida e ao viver**, *“Agora tenho de mim frequentemente a imagem de ser uma pessoa apressada, apressada de viver, apressada, que não tem mais tempo para discutir as questões filosóficas sobre a construção do mundo. Há uma sofreguidão de viver.”.*
- **Maior tolerância e amor para com os outros**, *“Senti uma amplificação do amor pelo outro, pelo simples facto de que o meu dador colocou uma nota de amor no meu caminho. Tenho o privilégio de Ter um trabalho relacional, sou professor e tento dar aos meus alunos, através do meu ensino, a positividade do acto que me beneficiou. Em geral na minha vida corrente, tento levar aos outros aquilo que recebi.”*
- **Maior exigência consigo próprio**, *“Sou mais exigente em relação a mim mesma. Quero conseguir fazer mais coisas e aceito pior não as fazer, ou perder as oportunidades.”.*
- **Maior assertividade**, *“O meu character mudou. Antes era mais passivo, dizia sim a tudo. Como não conseguia fazer grande coisa, limitava-me a não responder às pessoas. Não enfrentava ninguém. Enquanto agora (assobia) não me pisam os pés!!(...)”*
- **Maior espírito critico**, *“As minhas ideias sobre certas coisas mudaram. Antes não me interessava por política, pelas notícias e por tudo isso. Agora que sou um pouco mais velho, vejo e percebo que há muitas guerras por causa da religião e pergunto-me com que é que as pessoas se ocupam. Ocupam-se com coisas verdadeiramente ridículas. Há tantas pessoas doentes que tentam sobreviver, há tantos médicos que tentam tratar os seus doentes...Pergunto-me porque é que as pessoas não conseguem viver em paz. Tornei-me mais crítico. Parece que nestes últimos anos me tornei mais crítico. É fruto de tudo o que passei ao longo da minha vida (...)”.*
- **Maior segurança e autonomia**, *“Sinto-me muito autónoma, sinto-me muito forte, muito segura de mim, muito mais que anteriormente ao transplante. Mesmo agora que estou só, acabo por conseguir gerir tudo sozinha e tudo corre bem.”.*

Porém existem casos, ainda que em menor número, que fazem uma apreciação de si desfavorável após o transplante pulmonar, nomeadamente:

- **Sentimento acrescido de isolamento**, *“Agora sou mais fechado , o que não me agrada. Eu não era assim. Anteriormente era uma pessoa aberta e jovial. Agora sou mais directo e mais fechado em mim mesmo”*
- **Apatia**, *“Tornei-me numa pessoa indiferente, nada me toca. Pode-me acontecer não importa o quê, que nada me toca, nada me impressiona, não percebo porquê. Tornei-me insensível.”.*
- **Maior irritabilidade e nervosismo**, *“Agora, cada vez que fico doente, mesmo que seja uma pequena constipação, fico angustiado. Tenho medo de bloquear de novo as minhas actividades, os meus projectos. É preciso recomeçar tudo de novo de cada vez. Acaba por se perder o fio à meada.”.*

A transplantação pulmonar é vivida maioritariamente como um acontecimento do qual decorre um incremento na apreciação de si feita, implicando uma transformação positiva na forma de conceber e viver a vida.

b) Abordemos agora o relacionamento interpessoal, nas suas três vertentes, os relacionamentos de intimidade (pessoas consideradas significativas como pais, cônjuges, alguém sentido como especial), a rede de contactos pessoais (contactos sociais, grupos de amigos, etc.)e as relações estabelecidas com a comunidade (associações, igreja, grupos desportivos,etc.).

O grau de satisfação global com o relacionamento interpessoal segue a mesma direcção da satisfação com a transplantação em si mesma ou seja, independentemente da situação objectiva que caracteriza os seus três componentes, o grau de satisfação é marcadamente positivo. De entre as formas que pode assumir o relacionamento interpessoal, parece ser, o relacionamento de intimidade o determinante na apreciação global do grau de satisfação no relacionamento interpessoal. Isto quer dizer que mesmo que a rede de contactos pessoais, os amigos, os colegas, seja percebida com um grau de satisfação negativo e que não existam também relações com a comunidade envolvente, basta existir apenas uma relação de intimidade sentida como satisfatória, para que a percepção global do relacionamento interpessoal o seja também. A existência de um vínculo emocional significativo permite ao individuo construir a representação de ser alvo de investimento afectivo significativo, permite à pessoa transplantada pulmonar perceber-se como ser amado, sendo esse investimento tido como suficiente para preencher as lacunas existentes nas outras áreas das relações humanas. Mesmo que se trate de uma representação defensiva, não deixa de chamar a atenção para a importância singular que desempenham os relacionamentos de intimidade, dado que este fenómeno de exclusão não se manifesta nos outros tipos de relacionamento interpessoal analisados.

A rede de contactos pessoais é a que apresenta um grau de satisfação menor, apesar de ainda maioritariamente favorável. Esta constatação parece estar relacionada com o facto de ser esta a rede que sofre maiores mutações ao longo do ciclo de vida da pessoa transplantada, quer através de um período prévio de doença prolongado, quer através da mudança que se poderá adjectivar de repentina, de um estado de doença incapacitante para um estado de pessoa activa. As razões mais frequentemente apontadas para a insatisfação com a rede de contactos sociais têm a ver com:

- **Necessidade de mais amigos.** Um período prolongado de doença conduz à fragilização do tecido social, sendo esta tanto maior quanto mais incapacitante for o grau de mal estar físico. Este tem como consequência a fuga, o evitamento do contacto por parte daqueles que eram fontes de apoio e convívio.

O transplante acontece já num momento de extrema debilidade física e por consequência de crescente isolamento social. Com a recuperação da saúde através da transplantação pulmonar, nasce naturalmente o desejo de reconstrução de toda uma vida que se foi perdendo em pedacinhos ao longo do tempo. Desse desejo fazem parte inevitavelmente a construção de novas amizades como forma de realização pessoal.

- **Necessidade de Outros amigos.** Aqui a insatisfação com a rede de contactos pessoais não terá tanto a ver com a ausência de amigos mas sim com a insatisfação face ao actual grupo de amizades. Quando se enfrentam situações extremas, em que a vida está ameaçada e se ousa sobreviver, não se renasce igual ao que se era. A pessoa transforma-se física e emocionalmente. Torna-se na maioria dos casos um individuo activo que olha o mundo de uma outra perspectiva. Daqui podem advir duas consequências. A pessoa transplantada não mais quer ser recordada e associada à sua identidade de doente, não mais quer ser alvo de pena ou de superproteção. Esta mudança poderá ocorrer também devido ao sentimento de incompreensão por parte do tecido social actual. Após a transplantação, a situação de vida muda drasticamente. A adaptação a esta mudança acontece mais rapidamente naquele que a vivencia, a pessoa transplantada, do que naqueles que a rodeiam dado permanecerem ligados aos padrões que sendo presente, já são passado para a pessoa transplantada. Esta sente por isso que aqueles que a rodeiam não a acompanham, não a conseguem compreender e deseja, nesse sentido, rodear-se de novos amigos.

No relacionamento com a comunidade procura-se a participação em actividades associativas, voluntárias, religiosas é desejada e sentida como uma necessidade pela maioria das pessoas

transplantadas como forma de convívio e o estabelecer de novos contactos e ligações com outras pessoas.

3. A integração profissional. Do universo estudado, 27% da população encontra-se empregada a tempo completo revelando elevados níveis de satisfação relativamente à possibilidade de ser profissionalmente activo. Os restantes 73% da população encontra-se distribuído entre pensões de reforma e pensões de incapacidade. Da população tida como activa, 93% já trabalhava anteriormente, tendo retomado a sua actividade posteriormente ao transplante. Apenas 7%, apesar de não ter qualquer experiência profissional anterior se encontra a trabalhar a tempo completo. Tais dados apontam para maior facilidade na reintegração profissional da parte daqueles que já trilharam esse caminho anteriormente e que por isso se encontravam já inseridos no meio profissional anteriormente ao transplante.

A reintegração profissional da pessoa transplantada pulmonar acontece a uma pequena escala, sobretudo devido a três razões:

- **Vontade de usufruir a vida presente que se alcançou**
- **Opção pela segurança inerente à pensão de incapacidade,**
- **Existência de problemas de saúde significativos nos pós-transplante**

Na pessoa transplantada pulmonar que se encontra integrada profissionalmente são encontrados com mais frequência níveis de saúde mais positivos do que aqueles que não têm uma vida profissional activa. Naturalmente surge como inevitável a reflexão sobre se estes resultados constituem uma causa ou uma consequência do próprio fenómeno. A existência de relação entre a actividade profissional e a saúde pode ser, por um lado, reveladora de que níveis mais altos desta última variável possibilitam objectivamente o assumir de uma vida mais activa sem que tal ponha em causa a sobrevivência à transplantação. Por outro lado, podem também significar que a existência de uma actividade profissional contribui para o incremento dos níveis de saúde alcançados dado possibilitar ao indivíduo uma fonte acrescida de auto-estima e sentido de vida normal, com maior plenitude e satisfação. Tais sentimentos teriam um efeito benéfico sobre o estado de saúde do indivíduo.

A análise das entrevistas efectuadas, parece sugerir que a presença de uma actividade profissional parece surgir como um eixo organizador da vida do indivíduo. A actividade profissional é mais do que um trabalho, parece ser o símbolo da “normalidade” alcançada. A actividade profissional é um símbolo de tudo isto e por isso talvez contribua para o bem estar físico do indivíduo, porque alguns contribuiu para o seu bem estar emocional.

Provavelmente qualquer outro projecto pessoal, mesmo que não passe por uma actividade remunerada, no qual a pessoa se sinta profundamente empenhada e envolvida e que dependa directamente do seu esforço e contribuição, poderá ter o mesmo impacto protector do eu, que é desempenhado pela profissão na pessoa transplantada pulmonar, pois será uma forma de dar sentido e significado às experiências pessoais de vida.

Se por um lado a transplantação pulmonar é sentida como um profundo restaurador de vida, como um renascimento, por outro parece transformar algo na forma como se olha para o futuro, dado que não são muitos os que alcançam ou desejam uma reintegração profissional completa. Numa terapia que devolve o futuro a quem o quase tinha perdido, como se constrói este dia de amanhã na pessoa transplantada pulmonar?

Da análise das entrevistas, a construção do futuro na pessoa transplantada pulmonar assenta em dois eixos, um eixo horizontal onde se sucedem projectos e vontades e um eixo vertical onde corre o tempo. Consoante a importância de cada um dos eixos no individuo assim ele constrói o seu futuro projectado no dia de amanhã ou centrado no presente. Se os sonhos sonhados têm maior importância no individuo e a sua realização é o motor para a vida, a pessoa transplantada irá construir o seu futuro contando com o amanhã e não temendo a passagem do tempo, enfrentando-a. Criam-se então projectos na sua maioria pessoais, profissionais e de lazer e a vida organiza-se e ganha sentido em torno deles

Porém, ainda um número significativo, não olha para o amanhã, o futuro é hoje, o amanhã e o hoje unem-se e a vida prossegue centrada no presente.

O tempo induz uma vida a contra-relógio. Na pessoa transplantada o tempo não é sentido como expansivo, ele é contractivo. Arrasta os projectos que não se constroem, os sonhos que não vale a pena sonhar, porque o tempo está lá e amanhã pode ser já o último segundo. Por isso só o hoje é certo, só o hoje é possível.

É a estratégia do sobrevivente. É o sobrevivente que venceu a morte, não se afasta nunca dela. Ela é sentida no seu quotidiano, sabe-se que pode estar escondida atrás de uma infecção ou de um episódio de rejeição, mais ainda, já se viu como é que ela se disfarça e leva consigo amigos transplantados que deixaram outros amigos a pensar nela. É uma sobrevivida que tem dificuldade em se transformar em vida plena.

Mesmo para aqueles que se projectam no seu futuro, mesmo para eles, deseja-se viver intensamente antes que o tempo acabe, aquilo que se escolhe para viver é aquilo que é tido como verdadeiramente importante nas vidas de cada um ou a família, ou o trabalho, ou..., pois só vivências verdadeiramente importantes poderão permitir um sorriso que significa paz, quando o tempo acabar.